

Aus der Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kiefer-
krankheiten der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med.Dr.med.dent.Ewald H a r n d t
und aus dem Institut der Gerichtlichen und Sozialen Medizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med.Walter K r a u l a n d

Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis
und ihre zivilrechtlichen Konsequenzen

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Elke Richard

Bielefeld

1968

Aus der Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kiefer-
krankheiten der Freien Universität Berlin

Direktor: Professor Dr.med.Dr.med.dent.Oswald K a r n d t
und aus dem Institut der Gerichtlichen und Sozialen Medizin
der Freien Universität Berlin

Direktor: Professor Dr.med.Walter K r a u l a n d

Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis
und ihre zivilrechtlichen Konsequenzen

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Elke Richard

Bielefeld

Dekan: Professor Dr.med.Hans Heinz A a u m a n n

Referent: Privatdozent Dr.med.Dr.med.dent.
Gerhard F r e n k e l

Korreferent:Professor Dr.med.Walter K r a u l a n d



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin.

Promoviert am: 26. 11. 1968

M e i n e n E l t e r n



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

Gliederung	7
Zielsetzung und Rechtfertigung der Arbeit	9
Untersuchungsgut und Methodik	11
Diskussion	55
Zusammenfassung	95
Abbildungen	97
Literaturverzeichnis	100

GLIEDERUNG

I. ZIELSETZUNG UND RECHTFERTIGUNG DER ARBEIT	9
II. UNTERSUCHUNGSGUT UND METHODIK	11
Darstellung von Zwischenfällen aus den Gebieten der:	
A Chirurgie	14
B Prothetik	25
C Konservierenden Zahnheilkunde	32
D Anaesthesie	39
E Orthodontie	45
F Verschiedenes	47
III. DISKUSSION	55
Erörterung der juristischen Grundlagen	
A Haftung aus Vertrag	60
1. Voraussetzungen für den Vertragsschluß ..	60
a) Willenserklärung	60
b) Vertrag mit Minderjährigen	61
2. Rechtsnatur des Zahnarzt-Patienten- Vertrages	63
a) Dienstvertrag	63
b) Werkvertrag	64
3. Vertragsverletzungen	72
4. Beweislast	84
5. Umfang der Ersatzpflicht	85
B Haftung aus unerlaubter Handlung	87
1. Kausalzusammenhang	87
2. Einwilligung	89
3. Umfang der Ersatzpflicht	91
4. Beweislast	92
5. Verjährung	93
IV. ZUSAMMENFASSUNG	95
V. ABBILDUNGEN	97
VI. LITERATURVERZEICHNIS	102

I. Zielsetzung und Rechtfertigung der Arbeit

Die täglichen Eingriffe des Zahnarztes scheinen im allgemeinen mit geringem Risiko belastet zu sein. Man hört selten von Zwischenfällen in der Praxis, nur in Einzelfällen kommt es nach Komplikationen zu einem gerichtlichen Nachspiel.

Daß Zwischenfälle nicht immer vermeidbar und etwas durchaus menschliches sind, wurde in der oft zitierten Reichsgerichtsentscheidung vom 1.3.1912 (RGZ 78, 435) zum Ausdruck gebracht: "Auch der geschickteste Arzt arbeitet nicht mit der Präzision einer Maschine, trotz aller Fähigkeiten und Sorgfalt des Operateurs kann ein Griff, ein Schnitt, ein Stich mißlingen, der regelmäßig auch dem betreffenden Arzt selbst gelingt."

Während der Ausbildungszeit in der Universität wird das Wissen der Studenten nur in einer einstündigen Vorlesung über forensische Fragen erweitert. Vorwiegend erstreckt sich diese Vorlesung auf nächstliegende praktische Fragen, meist finanziellen Charakters, es ist keine Rechtsausbildung. Demzufolge ist auch die Rechtsunsicherheit der Zahnärzte beträchtlich.

Da aber zu betonen ist, daß Rechtsunkenntnis nicht vor Rechtsnachteil schützt, wird jedenfalls ein Teilziel der Arbeit darin gesehen, den Praktiker ein erstes Verständnis der Rechtszusammenhänge näher zu bringen. Als direkte Hilfe in Prozeßsituationen muß die Arbeit jedoch ungeeignet bleiben. Hier sei beiläufig, die Dienste eines Anwalts in Anspruch zu nehmen, empfohlen.

Weiterhin sollen die ausgewählten Fälle die Vielgestaltigkeit der möglichen Komplikationen aufzeigen und die Gefahren, Schäden zu setzen, die durch die langjährige Praxis oft in den Bewußtseinshintergrund treten, wieder vor Augen führen.

Hauptziel dieser Arbeit ist, die Vermeidbarkeit von Zwischenfällen aufzuzeigen und ihre rechtlichen Konsequenzen.

Die rechtliche Situation, Begriffe des Vertrages, der Rechtswidrigkeit und Fahrlässigkeit werden in juristischen Lehrbüchern und Monographien abgehandelt, aber alle in größerem Rahmen von Juristen für Juristen.

Die große Zahl der Zwischenfälle rechtfertigt diese Arbeit. Die Untersuchungen, die vorhanden sind, beschäftigen sich meist mit medizinischen Fällen, nicht mit zahnmedizinischen. Man kann den Glauben nicht ganz von sich weisen, daß hier eine Lücke besteht und aus diesem Gesichtswinkel die Arbeit eine Rechtfertigung erfahren dürfte.

II. Untersuchungsgut und Methodik

Das Untersuchungsgut für die vorliegende Arbeit wurde aus verschiedenen Quellen zusammengestellt:

1. Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Freien Universität Berlin; (*)
2. Berliner Kliniken, die an die Freie Universität angeschlossen sind; (**)
3. Berliner Haftpflichtversicherungen; (***)
4. Allianz-Versicherungsanstalt in München. (****)

ad 1: An der Zahnklinik der Freien Universität wurden die Gutachten aus den Jahren 1957-1967 verwertet; diese wurden von den Leitern der Abteilungen erstellt. Aus den Krankenblättern dieser Klinik ergaben sich weitere zahnärztliche Zwischenfälle, aus denen jedoch meistens keine Ansprüche auf Schadenersatz hergeleitet wurden. Da vor allem medizinischer Sachverhalt und Möglichkeiten der Vermeidung zahnärztlicher Zwischenfälle aufgeführt werden sollen, werden auch die Fälle genommen, die zu keinen juristischen Folgen führten.

ad 2: Weiterhin wurden die Operationsbücher der beiden Westberliner Krankenhäuser eingesehen, die an die Universität angeschlossen sind, das ist das Westend- und das Virchow-Krankenhaus. Die Unterlagen der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung des Westend-Krankenhauses wurden daraufhin untersucht, ob Eingriffe zur Entfernung zahnärztlicher Fremdkörper, die verschluckt oder aspiriert wurden, notwendig waren. Die Schwierigkeiten ergaben sich aus der Natur der Sache, denn die Angaben über die Art des Gegenstandes und die Methode ihrer Entfernung lagen vor, nicht aber die Ursache, wie der Fremdkörper in den Verdauungs- oder Respirationstrakt gelangte. Es fanden sich zwei Fremdkörper, die durch die Behandlungsart des Zahnarztes im Verdauungskanal gefunden wurden. Unterlagen über aspirierte Fremdkörper durch zahnärztliche Behandlung fanden sich nicht.

In der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung des Virchow-Krankenhauses konnte aus den Angaben nicht mehr ermittelt werden, ob es sich bei den verschluckten und aspirierten Fremdkörpern um zahnärztliche Gegenstände handelte. Die Nachforschungen beschränkten sich somit auf die Kieferchirurgische Station dieser Klinik. Dort wurde aber nur ein Fall mitgeteilt, in dem wegen eines zahnärztlichen Kunstfehlers eine Patientin operiert werden mußte.

ad 3: Anschließend wurden Nachforschungen an Berliner Haftpflichtversicherungen angestellt; doch war auch hier die Zahl der von Zahnärzten hervorgerufenen Komplikationen äußerst gering. Von den elf aufgesuchten Versicherungen konnten insgesamt nur drei Fälle zur Verfügung gestellt werden. Zwei Fälle waren von der Allianz-Versicherung, ein Fall von der Viktoria-Haftpflicht-Versicherung.

Bei den Untersuchungen im Westberliner Raum handelt es sich um insgesamt 56 Fälle; von 43 wurde der genauere Sachverhalt bekannt, sechs dieser zahnärztlichen Zwischenfälle wurden außerhalb der Zahnklinik der Freien Universität Berlin ermittelt.

ad 4: Da angenommen wurde, daß die Gesamtzahl zahnärztlicher Zwischenfälle größer ist, als die Anzahl der Westberliner Ermittlungen angibt, wurden die Untersuchungen auf München weiter ausgedehnt. Da es fast ausgeschlossen war, sich an alle Kliniken und Versicherungen im Bundesgebiet zu wenden, wurde die Zentralstelle der Allianz-Versicherungsgesellschaft in München aufgesucht, die Fälle aus der gesamten Bundesrepublik zusammengetragen hat. Weil auch hier nur die Fälle der neueren Zeit berücksichtigt werden sollten, ist der gleiche Zeitraum - also von 1957-1967- gewählt.⁺⁾

⁺⁾ An dieser Stelle sei mir erlaubt, Herrn Dr.Krebs, Herrn Dr. Perret und Herrn Dr.Reichenbach sehr herzlich für ihre freundliche Hilfe und Unterstützung zu danken.

Jeder Schaden muß vom Versicherungsnehmer laut Versicherungsvertrag der Haftpflichtschadensabteilung gemeldet werden, unabhängig davon, ob der Geschädigte Ansprüche stellt oder nicht.

Hier werden aber nur die Fälle behandelt, in denen von den Gesellschaftsärzten Gutachten erstellt wurden, aus denen die Art des Schadens und deren Ursache hervorgeht. Aus diesen Gutachten sind aber nicht Angaben über das Alter und das Geschlecht der Patienten zu entnehmen; auch sind z.T. von den Sachverständigen selbst nur Vermutungen über die Ursachen und den weiteren Verlauf angestellt worden, so daß auch hier nur deren Meinung wiedergegeben werden kann.

Mit diesen Unterlagen erweiterte sich das Untersuchungsgut auf 333 Haftpflichtfälle; somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 389 zahnärztlicher Zwischenfälle.

Die gesammelten Fälle werden entsprechend den Fachrichtungen der Zahnheilkunde systematisiert. Die Reihenfolge der einzelnen Gebiete ist nach der Häufigkeit der aufgetretenen Komplikationen gewählt. Am Schluß stehen unter "Verschiedenes" einige Fälle von Kunstfehlern, die Behandlern in jeder Abteilung unterlaufen können (Tab.1):

ÜBERSICHT ÜBER DIE VERSICHERUNGSFÄLLE DER BUNDESREPUBLIK UND KLINIK- UND VERSICHERUNGSFÄLLE IN BERLIN: 1957 - 1967



Abzisse = Fachgebiete
Ordinate = Anzahl der Fälle

A Chirurgie	129	(4)
B Prothetik	118	(21)
C Konservierende Zahnheilkunde	77	(23)
D Anästhesie	33	(2)
E Orthodontie	9	(1)
F Verschiedenes	23	(5)
() davon Fälle aus West-Berlin	389	(56)

A Zwischenfälle in der Chirurgie

Wie aus Tab.1 zu ersehen ist, lagen die häufigsten Anlässe zu Klagen gegen Zahnärzte auf chirurgischem Gebiet. Die in diesem Sachgebiet hervorgerufenen Komplikationen traten bei der Zahnextraktion (AI) oder durch zurückgelassene Fremdkörper (AII) - Tampon, Drain, Tupfer - auf. Die Verteilung dieser Fälle in der Bundesrepublik ist folgendermaßen (Tab.2):

CHIRURGISCHE ZWISCHENFÄLLE

Bundesrepublik	
<i>Extraktion</i>	120
<i>Fremdkörper</i>	5
	125

Die Berliner Fälle bleiben wegen ihrer geringen Anzahl (4) in dieser Tabelle unberücksichtigt.

Die in Westberlin und in der Bundesrepublik ermittelten Fälle geben nur einen Teil der auf chirurgischem Gebiet möglichen Zwischenfälle wieder.

A I Zwischenfälle bei der Extraktion

Der häufigste chirurgische Eingriff des Zahnarztes ist die Extraktion. Nach ENGISCH (24) sind bei der Vornahme ärztlicher Operationen drei Faktoren zu berücksichtigen:

1. Eine Operation muß einwandfrei indiziert sein.
2. Eine Operation muß kunstgerecht durchgeführt werden.
3. Eine Operation muß ethisch vertretbar sein.

ad 1: Die Indikation ist gegeben

- a) bei einem stark kariösen, erhaltungsunwürdigen Zahn, bei dem zahnärztlicher Ersatz nicht mehr zweckmäßig ist.
- b) Angezeigt ist die Extraktion bei Infektionen der Wurzelkanäle, besonders wenn sie anderen Erkrankungen als Herdursache Vorschub leisten können.
- c) Bei so weit fortgeschrittenen entzündlichen Prozessen des Parodontiums, bei denen konservierende Maßnahmen keine Heilung versprechen, ist die Entfernung ebenfalls indiziert.
- d) Verursachen retinierte oder verlagerte Zähne Beschwerden, oder erscheint deren Entfernung im Rahmen prothetischer oder kieferorthopädischer Behandlung notwendig, so ist die Extraktion vorzunehmen.

ad 2: Wie jede zahnärztliche Maßnahme muß auch eine Extraktion lege artis durchgeführt werden. Zwischenfälle werden dennoch immer auftreten; zu untersuchen ist dabei, ob sie vermeidbar sind oder nicht. Die Fraktur eines Zahnes während des Eingriffs ist z.B. noch nicht als eine gegen die Regel durchgeführte Operation anzusehen. Nicht kunstgerecht handelt aber der Zahnarzt, der den Wurzelrest im Kiefer beläst.

ad 3: ENGISCH findet, daß eine ärztliche Operation ethisch vertretbar sein muß. Ein Zahnarzt darf eine Extraktion nur aus medizinischen, nicht aus merkantilen Motiven vornehmen.

Es ist nicht zu vertreten, wenn ein Behandler seinen Patienten zur Einwilligung bestimmt, einen erhaltungswürdigen Zahn extrahieren zu lassen, um ihm eine kostspielige prothetische Arbeit in Rechnung stellen zu können.

Die Variationsbreite der Extraktionszwischenfälle ergibt sich aus Tab.2a :

CHIRURGISCHE ZWISCHENFÄLLE
BEI DER EXTRAKTION

Bundesrepublik

1. Zahnfraktur	50
2. Kieferfraktur	20
3. Kieferhöhlenperforation	16
4. Verwechslung eines Zahnes	13
5. Nervenschäden	13
6. Ohnmacht oder Kollaps	7
7. Gelenksbeschwerden	1
	120

A I 1 : Zahnfraktur

Zahnfrakturen sind bei Extraktionen am zahlreichsten. Die Ursache kann in der mangelhaften Technik oder am ungeeigneten Instrumentarium liegen. Sie kann aber auch durch stark gekrümmte Wurzeln des Zahnes, Hyperzementosen (Abb.1) oder durch weit ausgedehnte Karies, die den Zahn brüchig macht, entstehen. Manche Zähne sind durch ihre Lokalisation zu Frakturen geradezu prädestiniert, z.B. die unteren Weisheitszähne wegen ihrer besonders variabel auftretenden Wurzelformen.

Nicht ganz unwesentlich ist bei der Zahnextraktion auch das Verhalten des Patienten, ob er ruhig bleibt oder ob er Abwehrbewegungen macht und dadurch die Arbeit des Behandlers erschwert.

Handelt es sich bei der Fraktur um einen vitalen Zahn und bleibt das Fragment klein, so kann mit Einverständnis des Patienten auf die restlose Entfernung verzichtet werden. Gegen die Regeln verstößt aber ein Zahnarzt, wenn er die Fragmente eines infizierten Zahnes nicht vollständig entfernt. Ist es nicht mit dem Hebel oder einer Wurzelzange zu bewerkstelligen, dann ist eine Aufklappung indiziert.

Was sich aus einer zurückgelassenen Zahnwurzel entwickeln kann, veranschaulicht der erste Fall.

Fall Nr.1 : (Pat.♀ ****)

1963 kam eine Patientin zur Extraktion des 8/ zum Zahnarzt; vier Monate später wurde auch 6/ entfernt. Nach weiteren sieben Monaten wurde wegen einer serösen Periostitis im rechten Oberkiefer ein Röntgenbild gemacht, auf der in regio 8/ ein Wurzelrest festgestellt wurde. Fünf Tage später verschlechterte sich der Zustand der Patientin, es traten Schwellungen im Bereich des Kieferwinkels und eine Kieferklemme auf. Eine Parotitis wurde als zweifellose Folge der zurückgelassenen Zahnwurzel diagnostiziert.

A I 2:Kieferfraktur

Eine weitaus größere Komplikation stellt der Kieferbruch dar; im Oberkiefer meist als Tuberaß, im Unterkiefer als Querfraktur zu sehen. Häufig werden solche Knochenbrüche durch Hebelextraktionen verursacht; besonders bei Entfernung des oberen Weisheitszahnes ist aus diesem Grunde brachiale Gewalt zu vermeiden. In schwierigen Fällen sollte man nicht zögern, eine operative Entfernung vorzunehmen.

Sind Schwierigkeiten bei einer Extraktion von vornherein wahrscheinlich, so sollte der Behandler darauf vorbereitet sein oder den Patienten an einen Facharzt überweisen.

Fall Nr.2 (Pat.♂ ****)

57 sollte einem Patienten gezogen werden, gleichzeitig wurde aber durch die Extraktion 43217 luxiert, dazu der knöcherne Kieferanteil dieser fünf Zähne. Der Gutachter räumte ein, daß ein solcher Knochenbruch unbekannt sei, die Fraktur müsse durch besondere Knochenbrüchigkeit bedingt gewesen sein. Im Obergutachten wurde jedoch gesagt, daß es zu diesem Zwischenfall nur durch besonders stark angewandte brachiale Gewalt kommen konnte.

A I 3: Kieferhöhlenperforation

Die Eröffnung der Kieferhöhle ist eine weitere Komplikation bei der Zahnextraktion, die nicht ein Handeln gegen die zahnärztlichen Regeln zu sein braucht. Die Ursache liegt oft in den engen topographischen Beziehungen zwischen Zahn und Antrum, die nur durch eine sehr dünne Knochenlamelle voneinander getrennt sein können.

Von ausschlaggebender Bedeutung ist der Zustand der Kieferhöhlenschleimhaut zur Zeit der Extraktion. Bei einer bestehenden Sinusitis maxillaris versucht das Sekret sich infolge des verschwollenen Ostiums naturale einen neuen Abfluß durch die Mundhöhlen-Antrum-Verbindung zu schaffen. Dadurch kommt es zur Infektion des Koagulums, und die natürliche Wundheilung wird gestört. Fehlerhaft wäre es, die Perforationswunde zu tamponieren, da damit die Koagulumbildung verhindert und die Infektionsgefahr durch den Streifen begünstigt und unterhalten wird.

Allgemein handelt es sich um eine gesunde Kieferhöhlenschleimhaut, die mechanisch verletzt wird. Die Hauptaufgabe des Zahnarztes ist die Sorge um die Bildung und Erhaltung des Blutkoagulums zur Förderung einer schnellen und komplikationslosen Wundheilung. Zu empfehlen sind dabei Hilfsmittel, die sich bewährt haben, wie mit Kunststoff unterfütterte Immediatprothesen oder ein intraoraler Wundverband, bestehend aus einer Mullage mit schnellhärtendem Kunststoff, der mit einer Achterligatur an den Nachbarzähnen gehalten wird (FRENKEL, 1959). Beim Verdacht entzündlich veränderter Schleimhaut sind zusätzlich Gaben von Antibiotika angezeigt.

Ist die primäre Wundheilung aus irgendwelchen Gründen gestört, so bildet sich eine Mundhöhlen-Antrum-Fistel, die für den Patienten recht unangenehm sein kann, weil dünnflüssige Speisen durch sie in die Kieferhöhle gelangen können. Die Sanierung kann man mit konservierenden Mitteln versuchen, indem man durch Ätzung der Epithelauskleidung des Ganges die Granulationsbildung von neuem anregt. Führt dies zu keinem Erfolg und helfen auch wiederholte Spülungen nichts, so ist die Radikal-Operation nach Caldwell-Luc angebracht, nach der sich der Fistelgang entweder spontan schließt, oder es hat ein plastischer Defektverschluß durch Doppellappenplastik zu erfolgen.

Besondere Komplikationen ergeben sich, wenn der Zahn in die Kieferhöhle eingedrungen ist. Werden solche Zähne dort belassen, so werden wahrscheinlich weitere Infektionen eintreten. Nach Untersuchungen von WASSMUND (in HARNISCH, 41) kann nach drei Tagen noch in der Hälfte der Fälle mit einer gesunden Kieferhöhle gerechnet werden, nach vier Tagen ist das Antrum in mehr als 60% der Fälle eitrig entzündet. Diese macht dann eine Operation nach Caldwell-Luc notwendig mit Fensterung zur Nase, plastischem Wundverschluß, Wundverband und Antibiotikagabe in die Kieferhöhle. Welche nach-

wirkenden Folgen solch eine Mundhöhlen-Antrum-Verbindung nach sich ziehen kann, wird beispielhaft an Fall 3 gezeigt:

Fall Nr.3 : (Pat.q ****)

Am 27.7.1963 wurde einer Patientin /6 gezogen, die Extraktion bereitete keine Schwierigkeiten, doch bemerkte der Behandler, daß die Kieferhöhle eröffnet war. Er tamponierte die Wunde und machte noch am gleichen Tag ein Röntgenbild (Abb.2). Anhand des Bildes konnte im Extraktionsgebiet ein Fremdkörper festgestellt werden. Die Patientin kam einige Male zur Nachbehandlung, mutmaßlich wegen einer infizierten Kieferhöhle; am 6.8.1963 wurde von einem Facharzt der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde eine Kieferhöhlenoperation nach Caldwell-Luc durchgeführt. Die primäre Heilung verlief komplikationslos. Wegen rezidivierender Kieferhöhlenentzündung mußte die Patientin abermals operiert werden, da Schleimhautreste verblieben waren.

Wenn es auch nicht der Regel entspricht, die Alveole zu tamponieren, so konnte man doch später feststellen, daß die Kieferhöhlenentzündung nicht durch den Streifen verursacht wurde; er kann sie aber bei der Ausbreitung begünstigt bzw. unterhalten haben.

Durch vollständige Entfernung der Schleimhaut während des ersten Eingriffs hätte man der Patientin die folgende Operation ersparen können.

A I 4: Verwechslung eines Zahnes

Die Verwechslung eines zu extrahierenden kranken Zahnes mit einem gesunden der Gegenseite ist einmalig in Westberlin vorgekommen. 3/ wurde statt /3 entfernt. Der Patient stellte Schadenersatzansprüche; wie der Fall entschieden wurde, konnte leider nicht mehr ermittelt werden.

A I 5: Nervenschäden

Rund zehn Prozent aller Komplikationen nach der Extraktion sind Nervenschäden. In den meisten Fällen sind sie von kurzer Dauer, wenn nicht unsachgemäß und unnötigerweise ein breites Operationsfeld geschaffen wurde.

Ragt ein Zahn, besonders ein retinierter Weisheitszahn, mit seinen Wurzeln bis in den Mandibularkanal hinein, so wird bisweilen unvermeidbar bei der Extraktion der nervus mandibularis alveolaris beschädigt. Diese Nervenläsionen, die am Vincent'schen Symptom diagnostizierbar sind, heilen im allgemeinen ohne sensible Ausfälle (Abb.3).

Fall Nr.4: (Pat.q *)

In einem Fall des Untersuchungsgutes soll es zu neuralgischen Beschwerden gekommen sein. Es war aber nicht eindeutig nachweisbar, daß diese erst durch die Zahnextraktion hervorgerufen wurden.

A I 6: Ohnmacht oder Kollaps

Die sieben tabellarisch aufgeführten Fälle eines Kollapses oder einer Ohnmacht vor oder während der zahnärztlichen Behandlung sind sicher nur ein ganz geringer Prozentsatz der Fälle, die wirklich in der Praxis auftreten. Hervorgerufen wird solch ein Zustand durch Zusammenwirken verschiedener Komponenten:

- durch tagelange Schmerzen,
- durch die damit verbundene Schlaflosigkeit,
- beide zusammen bewirken ein Nachlassen der Widerstandsfähigkeit;
- psychisch durch die Angst, so daß ein Patient beim Aufrufen seines Namens schon im Wartezimmer kollabieren kann;
- durch die verstärkte Wirkung des kontrahierenden Mittels im Anaesthetikum.

Ein Kollaps ist das Zeichen akuter Kreislaufschwäche, seine Symptome sind:

- a. kalte Schweißausbrüche
- b. Blässe der Haut und Schleimhaut
- c. schwacher Puls
- d. Atembeklemmung
- e. Bewußtlosigkeit.

Entstehen kann ein Kollaps durch Lähmung des Vasomotoren-zentrums mit nachfolgender peripherer Gefäßerweiterung oder primär durch eine Gefäßkontraktion, die eine Zentralisation und Blutstauung im Splanchnikusgebiet bewirkt und damit zur Blutleere im Kopf- und Halsgebiet führt.

Man unterscheidet drei Formen des Kollapses (PILZ, 101):

1. Spannungskollaps
2. Entspannungskollaps
3. Paralytischer Kollaps
(für Zahnärzte kaum praktisch).

1. Der Spannungskollaps entsteht durch periphere Gefäßkontraktion und führt zur Zentralisation des Kreislaufs.
2. Der Entspannungskollaps beruht auf einem Aussetzen der Kreislaufregulationszentren, so daß diese Phase für den Menschen gefährlich werden kann. Hierher gehören die banale Ohnmacht wie auch die Schockzustände (kardiogene und hypoglykämische).

In der folgenden Tabelle soll das Verhalten der Kreislaufgrößen bei den ersten beiden Kollapsarten gezeigt werden (PILZ):

	Diastol. Blutdruck	Blutdruck- amplitude	Puls- frequenz	Schlag- volumen	Minuten- volumen
Spannungs- kollaps	+	-	+	-	-
Entspannungs- kollaps	-	+	-	+	0

Patienten, die vegetativ labil sind, die an Intoxikationen, hirnorganischen Schäden und Störungen des Kreislaufsystems leiden, sind besonders anfällig. Es empfiehlt sich, diesen Kranken, sowie aber auch organisch gesunden, dabei ängstlichen und übererregten Patienten, 30-60 Minuten vor einem Eingriff Medikamente wie Baldrian-Dispert, Luminaletten, Librium o.ä. zur Beruhigung zu verabreichen.

Bei vasolabilen Patienten sind kreislaufstabilisierende Präparate zur Prämedikation indiziert, so z.B. Novadral und Effortil. Außerdem sind diese Patienten zur Entlastung des Kreislaufs am zweckmäßigsten in liegender Position zu behandeln, für gute Raumbelüftung ist zu sorgen wie für das Öffnen beengender Kleidung.

Kollabiert ein Patient und erholt er sich nicht durch Horizontallagerung, kann man das Kreislauf- und Atemzentrum durch Ammoniak-Lavendel-Riechampullen anzuregen versuchen. Zusätzlich appliziert man periphere Analeptika wie Novadral und Effortil subcutan oder intramuskulär. Bei langandauernder Bewußtlosigkeit ist die Gabe auch zentraler Analeptika wie Cardiazol, Coramin, Lobelin - ebenfalls s.c. oder i.m. - indiziert.

Die Verständigung des Hausarztes bei Auftreten eines Kollapses ist auf jeden Fall geboten.

A I 7 : Gelenkbeschwerden

Fall Nr.5 (Pat.♀ ****)

Im Untersuchungsgut findet sich nur ein Fall, bei dem durch eine Extraktion Gelenkbeschwerden aufgetreten sein sollen. Die genauen Ermittlungen ergaben eine beidseitige chronische Arthrose der Kiefergelenke. Laut Gutachten konnte dies keineswegs eine mittelbare Folge der Zahnextraktion sein. Es kam aber dennoch zur Gerichtsverhandlung; der Fall ist in der ersten Instanz anhängig.

A II Fremdkörper

Nach der operativen Entfernung einer Zyste oder nach Spaltung eines Abszesses wird vorübergehend tamponiert bzw. eine Drainage angelegt. In fünf der ermittelten Fälle blieben Fremdkörper in der Wunde, die den Heilungsverlauf störten.

Wird in einem eröffneten Abszess ein Gummidrain eingelegt, so muß er unbedingt gesichert werden, um ein Hineinrutschen in die Wundhöhle zu verhindern und dadurch einen weiteren Abfluß nicht zu erschweren oder unmöglich zu machen.

Fall Nr.6 (Pat.♀ *)

Nach der Außenspaltung eines Abszesses hatte eine Patientin noch nach fast vier Wochen Beschwerden, mit Eiterabsonderung aus der Wunde. Die Schmerzen klangen auch nach der Extraktion von drei Zähnen nicht ab. Ein zweiter Behandler fand in der Abszeßhöhle den Rest eines eingelegten Gummistreifens. Nach dessen Entfernung besserte sich der Zustand der Patientin bald.

B Zwischenfälle aus der Prothetik

Im Behandlungsplan für einen Zahnersatz sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. An erster Stelle steht die Indikation zur prothetischen Behandlung. Um die Frage der Indikation beantworten zu können, muß geprüft werden, welche Aufgaben ein Gebiß erfüllen muß.

Ein vollständiges Gebiß ist notwendig zur Gewährleistung einer normalen Kaufunktion und damit zur Verhinderung gestörter Verdauungstätigkeit. Es sind jedoch Fälle bekannt von Patienten, die auch ohne eigene Zähne und ohne Zahnersatz jahrelang Kaufunktionen ausübten, ohne daß Schäden im Magen-Darm-Trakt auftraten.

Die vorherrschende Meinung ist, daß beim Fehlen von mehr als sechs Zähnen Zahnersatz unbedingt erforderlich ist. Dieser kann bestehen aus abnehmbarem partiellen oder feststehendem Brückenersatz.

Kronenersatz ist zur Erhaltung einzelner Zähne indiziert, bei denen mit einer Füllungstherapie nicht mehr die volle Belastungsfähigkeit gewährleistet wird, eine Extraktion jedoch verfrüht wäre.

Zahnersatz ist auch angezeigt bei gestörter Prononziation. Diese wird hörbar bereits beim Verlust eines oder mehrerer Frontzähne. Bei Sprechern, Politikern, Schauspielern etc. kann der Ersatz eines einzelnen Frontzahnes sogar von besonderer Bedeutung sein. Ebenso kann der Zahnersatz aus ästhetischen Gründen bei bestimmten Berufen und aus psychischen Gründen eine Rolle spielen.

Therapeutisch wichtig ist der Lückenschluß zur Stützung und Entlastung der Restzähne, um diese vor paradentalen Schäden, vor Kippungen und Wanderungen und vor Überbelastung zu bewahren.

So variabel die Durchführungsmöglichkeiten zur Wiederherstellung der gestörten Kau- und Sprechfunktion sind, so zahlreich sind auch die Fehlerquellen, die dem Behandler bei der Ausführung unterlaufen können. (Abb.4 gibt ein Beispiel).

Hier sollen die Arten der Komplikationen aus der Prothetik berücksichtigt werden, die durch die Untersuchungen bekanntgeworden sind. Zu unterteilen sind die Fälle

- I. in Schadenfälle, die durch Schleifschäden entstanden sind,
- II. in Fälle mit ungenügender Paßform der Prothesen,
- III. in Fälle, bei denen eine falsche Abdruckmethode die Ursache für die Beanstandung war: (Tab.3)

PROTHETISCHE ZWISCHENFÄLLE

	West-Berlin	Bundesrepublik	Σ
Schleifradschäden	3	63	66
Ungenügende Paßform	16	28	44
Abdrucknahme	2	6	8
	21	97	118

B I: Schleifradschäden

Die bei der prothetischen Behandlung am häufigsten aufgetretenen Komplikationen sind Weichteilverletzungen durch Präparation von Kronenstümpfen mittels rotierender Instrumente. Kleinere Wunden wurden mit Karborund- oder Diamant-

steinen verursacht, die schwersten Verletzungen erfolgten jedoch durch Stahlscheiben. Ihrer gefährlichen schneidenden Kante wegen sollte man sie nicht ohne Scheibenschützer benutzen.

Der folgende Fall soll zeigen, daß eine auf ähnliche Weise gesetzte Mundbodenverletzung zum tragischen Ausgang führen kann.

Fall Nr.7: (Pat. ♀ **)

Einer 75-jährigen Patientin im schlechten Allgemeinzustand wurde mit der Stahlscheibe bei der Kronenpräparation Zunge und Mundboden verletzt. Sofort nach dem Zwischenfall wurde sie einem Facharzt der Kieferchirurgie überwiesen, der bei der Patientin wegen Luftmangels durch die stark geschwellenen Weichteile eine Intubation veranlaßte. Noch am gleichen Tag kam die Patientin infolge eines Glottis-oedems ad exitum.

B II: Ungenügende Paßform

Bei der Herstellung einer Prothese oder eines anderen künstlichen Zahnersatzes sind die Patienten in manchen Fällen unzufrieden mit der Arbeit, weil sie sich einen Erfolg versprochen haben, der an ihren idealen Vorstellungen gemessen war. Daß man sich bei der Zahnaufstellung nach den Verhältnissen der Mundhöhle, nach der Beschaffenheit der Kiefer und des Restgebisses richten muß, bedenken sie oft nicht.

.

Fall Nr.8: (Pat. ♀ *)

Eine Kunststoffbrücke von 3-1/ bereitete einer Patientin Schmerzen bei Belastung der Pfeilerzähne. Der devitale 1/ wurde mit einem Wurzelstift versehen und für den der Brücke benachbarten Praemolaren eine Wurzelspitzenresektion anraten, da der devitale Zahn apikal eine geringe Aufhellung

im Röntgenbild aufwies. Von einer Extraktion dieses Zahnes war abzusehen, weil er ein Geschiebe für die partielle Prothese trug. Die Schmerzen waren nachweislich durch geringe Überbelastung des devitalen 1/ bei der Artikulation entstanden; er hat eine geringere Tragfähigkeit als ein vitaler Zahn.

Der Behandler hatte sich bereit erklärt, Korrekturen vorzunehmen, doch die Patientin war nicht wieder in seine Praxis gekommen. Da die Behandelte noch Schmerzen hatte, angeblich durch die vorgenommene Impletol-Behandlung, die gebräuchlich ist und von der bisher keinerlei Nebenwirkungen bekannt wurden, weigerte sie sich, das Honorar zu entrichten.

Fall Nr.9: (Pat. ♀ *)

Die Brücke von 7-3/ sperrte den Biß bei einer Patientin um 3mm. Der Behandler wollte zur Bißwiederherstellung jedoch keine Nachbesserung vornehmen, sondern nur die Unterkieferzähne der Patientin einschleifen, was diese aber verweigerte. Außerdem lehnte sie die Bezahlung ab.

Die Patientin wurde verurteilt, das volle Honorar an den Zahnarzt zu entrichten.

Fall Nr.10: (Pat. ♂ *)

Ein halbes Jahr nach der Fertigstellung einer Brücke verlor ein Patient die Halbkronen auf 3/, die im Brückenverband stand. Ebenso war die Krone auf 5/ 3mm zu kurz, beim Eingliedern der Brücke soll sie aber Randschluß gehabt haben. Angeblich waren die Pfeilerzähne inzwischen wegen des mangelnden Gegenbisses herausgewachsen.

Bei allen diesen Klagen ist es wichtig, die kausalen Zusammenhänge zu ergründen, um keine der Parteien zu Unrecht zu verurteilen. Als Beispiel soll der folgende Fall dienen:

Fall Nr.11: (Pat.♀ *)

Nach der Extraktion von 77 und anschließend zementiertem Brückenersatz an 8-5-47 mit breiter Auflage bekam die Patientin heftige Schmerzen. Sie traten anfallartig, besonders bei Temperaturveränderungen, in der Umgebung des Zahnes auf. Der Gutachter suchte den Fehler anfangs darin, daß die Brücke nur einen Tag provisorisch getragen worden war. Doch nach Entfernung der Kronen zeigte sich, daß die Beschwerden durch eine alte Amalgamfüllung mit sekundärer Randkaries an einem der Pfeilerzähne hervorgerufen worden waren.

Der Zahnarzt verklagte die Patientin wegen des nicht gezahlten Honorars.

B III Abdrucknahme

Normalerweise kann man bei der Abdrucknahme der Zähne und der Kiefer der Patienten nicht viel schadenersatzpflichtige Fehler machen, wie auch aus der Tab.3 zu ersehen ist. Häufig aber ist der mangelnde Sitz einer Prothese oder der schlechte Kronenrandschluß auf eine unzureichende Abdruckmethode zurückzuführen; nach Fertigstellung des Zahnersatzes ist dies jedoch meistens nicht mehr nachweisbar.

Hier sollen zwei andere Fälle von Komplikationen bei der Abdrucknahme aufgeführt werden; sie sollen als markante Beispiele für mögliche Schwierigkeiten dienen:

Fall Nr.12: (Pat.♀ ****)

Einer Patientin wurden vier Zähne extrahiert; bei der Entfernung des 7 wurde die Kieferhöhle eröffnet. Die primäre Behandlung durch Einstreuen von Puder gegen die Entzündungserreger, Kompression ohne Nahtverschluß war - laut Gutachten - sachgemäß.

Zwei Tage nach der Extraktion wurde ein Imprexabdruck für eine Prothese genommen; der Zahnersatz wurde einen Tag später

eingegliedert. Bei der Abdrucknahme ist ein Teil der Masse in die frische Wunde der Kieferhöhle gepreßt worden und verblieb dort nach Entfernen des Abdrucks aus der Mundhöhle. Der Fremdkörper konnte röntgenologisch nachgewiesen werden. Aufgrund der entstandenen Kieferhöhlenentzündung kam die Patientin in fachärztliche Behandlung. Der Zahnarzt überwies sie an einen Hals-Nasen-Ohren-Facharzt. Es ist nicht sicher, ob dieser den Fremdkörper übersehen hat; jedenfalls veranlaßte er keine operative Entfernung durch einen Kieferchirurgen.

Daß eine Operation letztlich unnötig wurde, weil der Fremdkörper sich durch Spülungen teilte und herausgeschwemmt werden konnte, war weder zu erwarten, noch entspricht so ein günstiger Ausgang der Regel.

Nachdem der fremde Gegenstand fort ist, kann man mit einer Abheilung der Kieferhöhlenentzündung rechnen. Ein Dauerschaden ist nicht zu erwarten.

Eine Nachuntersuchung nach einem halben Jahr zeigte eine kleine Fistel an der Stelle der Perforationswunde.

Fall Nr.13: (Pat.♀ ****)

Für eine Patientin sollten an den vier oberen mittleren Schneidezähnen Jackettkronen gefertigt werden. Die Zähne wurden beschliffen und die Zahnstümpfe mit einem Kupfering-Kerr-Abdruck abgeformt.

Von diesem Abdruck hätte ein Modell gefertigt werden müssen, und nach Angaben des Behandlers ist dies auch geschehen. An diesem Modell ist der individuelle Löffel nachzuformen, wie es von der Herstellerfirma mit "Trayresin" vorgesehen war. In den Gebrauchsanweisungen ist nicht die Rede davon, daß diese Masse für einen Abdruck im Munde verwendet werden darf und kann. Es heißt darin, dass der individuelle Löffel am Modell geformt werden muß, wobei das Modell mit Asbest und mit einer Isolierflüssigkeit zu überziehen ist. Würde man keine Isolierung vornehmen, so verbindet sich Löffel und Masse untrennbar festmiteinander; auf jeden Fall wird das Modell bei dem Versuch, beide zu trennen, dabei zerstört.

Die "Trayresin"-Masse bindet rasch endotherm und ist danach steinhart.

Normalerweise wird, nachdem man den individuellen Löffel aus "Trayresin" gefertigt hat, das "Rubber-Jel" - eine Abformmasse, die recht kostspielig ist - in den sehr harten, erkalteten Löffel gefüllt und ein Abdruck im Munde des Patienten genommen. Mit dieser Methode bekommt man einen sehr genauen Abdruck.

Vom Zahnarzt, der nach Ansicht der Sachverständigen sehr alt gewesen ist, wurde die Methode insofern falsch verstanden, als er nicht das "Rubber-Jel" zum Abdruck des Patienten nahm, sondern das "Trayresin". Er brachte die Masse in den Mund des Patienten und ließ sie dort abbinden. Wer die Härte dieser Masse geprüft hat, wird verstehen, daß das Herausbohren sehr mühevoll für Patient und Behandler gewesen sein muß.

21/ brachen dabei ab und mußten deshalb extrahiert werden.

C Zwischenfälle aus der konservierenden Zahnheilkunde

Nach dem vorliegenden Untersuchungsgut verteilen sich die 77 Zwischenfälle während der konservierenden Zahnbehandlung wie folgt:

I. 29 verschluckte Fremdkörper

II. 8 aspirierte Fremdkörper

III. 40 Fälle bei der Wurzel-Behandlung; davon werden sieben Fälle exemplarisch herausgehoben. (Tab.4):

ZWISCHENFÄLLE IN DER KONSERVIERENDEN ZAHNHEILKUNDE

	West-Berlin	Bundesrepublik	Σ
Verschluckte Fremdkörper	8	21	29
Aspirierte Fremdkörper	7	1	8
Wurzelbehandlung	8	32	40
	23	54	77

Die wohl schwierigste Rechtsfrage der konservierenden Zahnheilkunde stellt die Sicherung der Wurzelbehandlungsinstrumente dar, denn es wird auch heute noch diskutiert, ob gegen die allgemeinen Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft verstoßen wird, wenn der Behandler ohne Sicherungsmaßnahmen arbeitet.

Als Sicherungsmöglichkeiten der Nervnadeln werden Befestigungen durch Kettchen oder Faden empfohlen, andernfalls das Anlegen eines Kofferdams oder Abdecken des Schlundes mit einem gesicherten Mulltuch. Verzichtet der Zahnarzt

auf diese Maßnahmen, so begründet er es regelmäßig damit, daß er im Laufe seiner jahrelangen Erfahrung die notwendige Geschicklichkeit erworben habe, um ohne solche Vorkehrungen arbeiten zu können. Zudem behindern diese oft die Tätigkeit bei der Wurzelbehandlung, sind zeitraubend und stellen auch kein absolut sicheres Mittel gegen ein Entgleiten des Instrumentes dar.

Wichtig bei der Beurteilung eines eingetretenen Mißgeschickes ist das Verhalten des Zahnarztes nach dem Zwischenfall zur Abwendung weiterer Schäden.

C I : Verschluckte Fremdkörper

Wird ein Fremdkörper verschluckt, so muß der Patient zugleich davon unterrichtet werden. Im allgemeinen ist es ein Schaden, der mit der nötigen Ruhe, Geduld und zweckmäßigen Diät, die in voluminöser Kost wie Sauerkraut oder Kartoffelbrei zu bestehen hat, beseitigt werden kann, da der Gegenstand im Verlauf einiger Tage den Körper per vias naturales wieder verlassen kann. Aus Gründen der Sicherheit sollte es unter Kontrolle eines Facharztes und mit Hilfe von Röntgenaufnahmen geschehen, um die Lageveränderungen des Fremdkörpers zu beobachten. Besonders wichtig ist dies bei verschluckten Nervnadeln, deren spitze Enden und Widerhaken sich leicht an der Magen- und Darmwand festsetzen und im schlimmsten Fall diese perforieren können.

Ähnliches geschah in dem folgenden Fall, wie es auch in der Literatur bisher nur einmal 1964 REDTENBACHER (106) beschrieben hat.

Fall Nr.14: (Pat. ♂ *)

Einem Patienten wurde eine direkte Prothesen-Unterfütterung mit flüssigem Kunststoff gemacht. Durch reichlich Materialüberschuß lief die noch weiche Masse in den Oesophagus und erhärtete im Magen-Darm-Trakt. Die bizarren Formen des nun harten Kunststoffes führten zu Darm- und Blasenperforationen.

Besondere Schwierigkeiten ergaben sich bei der Fragestellung, ob sich noch weitere Materialteilchen im Verdauungstrakt des Patienten befanden. Hierüber kann nur der klinische Zustand Auskunft geben, denn röntgenologisch stellt sich das Polymerisat nicht dar.

Fall Nr.15: (Pat.♀ ***)

Bei der Anprobe einer Goldgußfüllung am oberen Weisheitszahn fiel diese auf die Zunge der Patientin. Sie verschluckte das Inlay, während der Behandler eine Pinzette holte. Die Anweisungen des Zahnarztes, Sauerkraut und gezupfte Watte zu essen, befolgte sie nur einen Tag lang, was freilich zu keinem Erfolg führen konnte. Die Kranke ging zu ihrem Hausarzt, dessen Helferin ihr Rizinusöl empfahl, was in solchen Fällen aber kontraindiziert ist.

Bei der späteren Untersuchung der Patientin war der MacBurneysche Punkt druckschmerzhaft, daraufhin wurde der Patientin der Appendix entfernt. Hierbei zeigte sich, daß das Inlay sich im Wurmfortsatz befand.

C II: Aspirierte Fremdkörper

Gravlierender können die Komplikationen nach Aspiration als nach Verschlucken von Fremdkörpern sein. Ist der Gegenstand noch in den oberen Luftwegen, dann kann ein Hustenreflex im günstigsten Fall das Instrument, den Zahn o.ä. hinausbefördern. Das ist allerdings recht selten der Fall. Zudem bleiben z.B.Nervnadeln mit ihren Widerhaken am Bronchialbaum hängen (Abb. 5 + 6).

Aus anatomischen Gründen gelangen aspirierte Fremdkörper häufiger in die rechte als in die linke Lunge, da der Abgang des Hauptbronchus von der Trachea im spitzeren Winkel verläuft.

Ein eingeatmeter Gegenstand, der stets infiziert ist, muß sofort eliminiert werden; die genaue Unterrichtung des Patienten über den Vorfall und das weitere Verhalten des Zahnarztes - also Röntgenkontrolle über die Lage des Fremdkörpers und Überweisung an einen Facharzt - sind ausschlaggebend. Die Unfallfolgen können u.U. lebensbedrohlich werden, besonders beim Eintritt einer eitrigen Bronchitis, eines Empyems oder einer Pneumonie (Abb. 7+8; 9+10).

In diesem Zusammenhang ist auch ein Fall bekannt, bei dem ein heute 84-jähriger Patient seit zwanzig Jahren dreimal jährlich eine Pneumonie bekam mit anfangs ungeklärter Genese. Als Zufallsbefund stellte sich später eine aspirierte Goldkrone als Ursache der Krankheitserscheinungen heraus. Von einer operativen Entfernung wurde mit Rücksicht auf das hohe Alter des Patienten abgesehen.

Von den sieben Fällen aspirierter Fremdkörper, die in Westberlin bekannt sind, wurden in

- 4 Fällen Zähne während der Extraktion,
- 1 Fall eine Nervnadel,
- 1 Fall ein Wurzelrest,
- 1 Fall ein Inlay

eingeatmet. Keiner dieser Unfälle führte zu zivilrechtlichen Konsequenzen; die Fremdkörper konnten durch Bronchoskopie entfernt werden.

C III: Wurzelbehandlung

Die Variationsbreite der Komplikationen, die bei Wurzelbehandlungen aufgetreten sind, waren im Untersuchungsgut der Bundesrepublik besonders groß. Sie reichten vom Instrumentenbruch im Wurzelkanal, Überstopfungen der Füllmasse, Wurzelperforationen, Empyeme durch eingeblasene Luft mit dem Luftbläser bis zu Schwierigkeiten, die aufgrund mangelhafter oder unterlassener Wurzelfüllungen auftraten.

In Westberlin ließen sich ermitteln:

1. Wurzelperforationen (5 Fälle)
2. Abgebrochene Instrumente (3 Fälle).

C III, 1: Wurzelperforation

Eine via falsa entsteht häufig beim Aufsuchen der Kanaleingänge in der Bifurkation, durch Nichtbeachtung der Achsenrichtung der Zahnwurzel oder infolge anatomischer Besonderheiten, als da sind: abgebogene Wurzeln, obliterierte Wurzelkanäle, Dentikel etc. (Abb.11,12,13).

Perforationen werden besonders leicht mit maschinengetriebenen Instrumenten, den Beutelrockbohrern, gesetzt. Der Bohrer dringt bei vorhandenen Hindernissen nicht in den Kanal vor, sondern folgt dem geringeren Widerstand durch die Kanalwand. Die Heilungsaussichten der Perforationen sind bei richtiger Versorgung gut, wenn auch Mißerfolge aufgetreten sind. Ein Fehler, der unweigerlich zum Verlust des Zahnes führt, ist darin zu sehen, daß man die via falsa unversorgt läßt und den Zahn endgültig verschließt.

Exemplarisch hierfür sind folgende Fälle:

Fall Nr.16: (Pat.♀ *)

Bei der Anfertigung einer Brücke auf 3-2-1/3 wurden Perforationen an 3/ und 2/, eventuell auch an 1/ gesetzt. Ein Wurzelrest wurde bei 4/ belassen. Aus nicht bekannten Gründen mußte die Brücke entfernt werden, eine zweite Brücke wurde hergestellt und sofort einzementiert, ohne daß sie probeweise getragen wurde. Wegen auftretender Schmerzen mußte der Lannersatz bald wieder entfernt werden; dabei stellte sich heraus, daß an 3/ wiederum eine Perforation gesetzt worden war; ferner reichte der Wurzelstift von 2/ bis ins Knochengewebe hinein, 3 wies ebenfalls eine via falsa auf, und auch bei der zweiten Behandlung war der Wurzelrest bei 4/ nicht entfernt worden.

Fall Nr.17: (Pat.♀ *)

An einem unteren Molaren mit abgebogenen Wurzeln wurde mit einem Beutelrockbohrer eine Perforation gesetzt. Es kam zu kieferneuralgischen Beschwerden, subakuter Ostitis und perimandibulärem Abszeß. Die Patientin klagte auf Schadenersatz von DM 8.000.- und Bezahlung der Brücke, die dadurch notwendig wurde, weil die Patientin sich wegen angeblich unerträglicher Schmerzen den perforierten Zahn hatte ziehen lassen.

C III. 2: Abgebrochene Nervnadeln

Der Abbruch eines Kanalinstrumentes geschieht meistens durch unsachgemäße Anwendung oder beim Gebrauch nicht einwandfreier Nadeln.

Für die Entfernung des Nadelfragments liegen unterschiedliche Indikationen vor:

- a) Ragt der Nadelrest über den Apex hinaus und womöglich bis in das Knochengewebe hinein, so muß er unter allen Umständen durch eine Resektion entfernt werden.
- b) Schließt er das Kanallumen an der Spitze restlos ab, so kann man eventuell auf eine Eliminierung verzichten, vorausgesetzt, daß die Nadel steril war.
- c) Sitzt das Instrument am Kanaleingang, so wird man versuchen, gegebenenfalls unter Erweiterung des Lumens, es mit einer feinen Zange zu fassen. Ist die Eliminierung aus tieferen Abschnitten nicht möglich, wird man es mit Wurzelfüllpaste zu umhüllen suchen.

Die drei Berliner Fälle abgebrochener Wurzelbehandlungsinstrumente wurden an die Zahnklinik zur operativen Entfernung des Fragmentes überwiesen. In keinem Fall wurden Schadenersatzansprüche gestellt.

Fall Nr.18 und 19: (Pat. ♀ und ♂ *)

Im Pulpenkanal frakturierte Instrumente wurden in zwei Fällen gefunden; diese blieben ohne zivilrechtliche Konsequenzen.

Einmal ragte ein Beutelrockbohrer im Wurzelkanal von /2 weit über den Apex hinaus.

Ein anderes Mal traten Schmerzen nach einer Wurzelbehandlung unter einer eben erst zementierten Goldkrone auf. Als Ursache erwies sich im Röntgenbild ein Nadelfragment.

Fall Nr.20: (Pat. ♂ *)

Während einer Wurzelbehandlung machte der Patient eine Reflexbewegung. Dadurch brach dem Behandler der Lentulo-Bohrer an der Zahnoberfläche ab, die Spitze geriet in die Weichteile der rechten Wange und mußte dort operativ entfernt werden.

D Zwischenfälle in der Anaesthesie

Die Schmerzausschaltung ist ein sehr wesentlicher Bestandteil der zahnärztlichen Berufstätigkeit; denn man kann wohl sagen, daß die größere Anzahl der Patienten sich nicht aus prophylaktischen Gründen, sondern wegen bestehender Schmerzen in Behandlung begeben. Die Schmerzempfindlichkeit kann nützlich als Indiz einer aufkommenden oder schon vorhandenen Krankheit sein. Bei zahnärztlichen Eingriffen soll der Schmerz reversibel ausgeschaltet werden. In der täglichen Praxis wendet der Zahnarzt allgemein die lokale Anaesthesie an, nur die größeren chirurgischen Eingriffe wird er nicht mehr ohne Narkose vornehmen.

Die Forderungen, die an die Lokalanaesthesie gestellt werden, sind folgende (FRENKEL):

- " 1. Weniger giftig zu sein als Cocain bei gleicher Gewebsverträglichkeit,
2. äußerst gewebsverträglich,
3. wasserlöslich,
4. resorbierbar,
5. leicht sterilisierbar,
6. mit Suprarenin bzw. Arterenol kombinierbar sein.

Den Injektionsmitteln sind folgende Eigenschaften gemeinsam:

1. sie sind Zellgifte mit besonderer Affinität zum Nervengewebe.
2. Sie lähmen die Leitfunktionen der Nerven schon in Verdünnungen, die das Protoplasma anderer Zellen noch nicht beeinflussen.
3. Die von ihnen verursachten Wirkungen sind reversibel."

Von KOLLER wurde 1884 zuerst die anaesthesierende Wirkung des Cocains entdeckt; doch da es außerdem toxisch war und süchtig machte, suchte man nach Cocain-ähnlichen Mitteln, die man später mit Procain, Lidocain u.a. fand.

Die heute gebräuchlichsten Anaesthetika sind:(Firmennamen)
Novocain, Pantocain, Scandicain, Xylestesin, Hostacain.

Um den schnellen Abtransport aus dem Injektionsgebiet zu unterbinden, fügt man den Injektionsmitteln Suprarenin bzw. Arterenol zu, das vasokonstriktorische Wirkung besitzt und damit die Resorptionsgeschwindigkeit herabsetzt.

Die Wirkungsfaktoren des Suprarenins (l-Epinephrins) sind:

1. Periphere Gefäßverengung;
2. Erhöhung der Herzfrequenz, des Schlagvolumens und des Minutenvolumens und damit der Blutdrucksteigerung;
3. Steigerung der Glykolyse.

Die Wirkungsfaktoren von Arterenol (l-nor-Epinephrin) sind:

1. Generelle Vasokonstriktion;
2. Blutdruckanstieg bei unveränderter Amplitude und Frequenz;
3. Hyperglycämie von 1/20 der Wirkung des Suprarenins.

Um sich als Behandler vor unangenehmen Zwischenfällen zu schützen, sollte jeder Patient vor einer Injektion nach Herz- und Kreislaufbeschwerden und nach Bestehen eines Diabetes mellitus befragt werden. Das Mittel der Wahl wird bei kleineren Eingriffen in der täglichen Praxis aber immer das l-nor-Epinephrin sein wegen seiner besseren Verträglichkeit.

Die Möglichkeit von Zwischenfällen bei der Anaesthesie bleiben dennoch mannigfaltig. Sie erstrecken sich auf die Sterilisation der Mittel und der Instrumente sowie der Desinfektion des Injektionsgebietes. Zudem kann die Menge des Mittels und die Injektionsgeschwindigkeit dann von ausschlaggebender Bedeutung sein, wenn man die unter A I 6 bereits beschriebenen Kollapszustände vermeiden will. Ein anderer wichtiger Gesichtspunkt ist die Injektionstechnik.

Bei der lokalen wie bei der Leitungsanaesthesie können Infektionen durch Unsauberkeit oder durch Einstich in infiziertes Gewebe, Paraesthesien, vorübergehend Hämatome u.ä. auftreten. Vor allem ist zur Vermeidung intravasaler Einspritzung vorerst immer zu aspirieren.

Die in der Bundesrepublik ermittelten Komplikationen in der Anaesthesie traten bei der Leitungsanaesthesie am häufigsten auf (20), in nur ein Viertel der Fälle bei der lokalen. In sechs Fällen kam es zum Bruch von Injektionskanülen (Tab.5):

ZWISCHENFÄLLE BEI DER ANAESTHESIE

	Bundesrepublik
<i>1. Leitungsanaesthesie</i>	20
<i>2. Lokalanaesthesie</i>	5
<i>3. Injektionskanülenbruch</i>	6
	31

D I : Leitungsanaesthesie

Bei der Leitungsanaesthesie ist hinreichende Kenntnis der anatomischen Verhältnisse unerlässlich. Die häufigste Betäubung ist die Mandibularisinjektion. Als Folge unsachgemäßen Vorgehens kann eine Kieferklemme durch Muskelfaserverletzung oder durch Blutung auftreten.

D II : Lokalanaesthesie

Für die terminale Anaesthesie gelten im großen und ganzen die gleichen Regeln wie bei der Leitungsanaesthesie.

Gelegentlich kommt es zu Schleimhautnekrosen bei der Injektion in sehr straffes Gewebe, wie man es am Gaumen findet. In schweren Fällen führt es zu oberflächlicher Knochennekrose. Da die Nadel bis zum Knochenkontakt eingeführt werden muß, um eine wirksame Betäubung der Nervenendäste zu erreichen, ist zur Vermeidung von Schäden langsam vorzugehen, sowohl beim Einführen der Kanüle als auch beim Injizieren des Anaesthetikums.

Wird eine Arterie verletzt, was besonders leicht mit der arteria alveolaris superior posterior passieren kann, dann fließt das Blut in das lockere Wangengewebe und löst hier eine Schwellung mit nachfolgenden Hautverfärbungen aus. Ob die Komplikation durch anormalen Verlauf des Gefäßes oder durch ein Abweichen von der Einstichrichtung verursacht wurde, kann meist nicht festgestellt werden. Wichtig ist in jedem Fall die Aspiration zur Kontrolle, daß eine intravasale Injektion ausgeschlossen ist.

Fall Nr.21: (Pat.♀ *)

Einer Patientin wurde bei der Extraktion zweier Zähne zur Betäubung 3ccm einer zweiprozentigen Xylestesin-Lösung mit Arterenol injiziert. 65/ wurden extrahiert; als 6/dabei frakturierte, kollabierte die Patientin; Puls und Atmung waren unterbrochen. Man gab ihr ein 1ccm Cardiazol i.v.

und 5ccm Suprarenin-Stammlösung intracardial. Später wurden 4ccm Lobelin i.v. injiziert, und die Patientin wurde 30 Minuten lang mit Sauerstoff künstlich beatmet; außerdem erfolgte extrathorakale Herzmassage. Alle Versuche blieben ohne Erfolg.

D III: Injektionskanülenbruch

Der Bruch einer Injektionsnadel kann verschiedene Ursachen haben:

1. nach PERRET sind es in 90-95 Prozent Materialfehler;
2. kann es durch Ungeschicklichkeit des Zahnarztes während der Einspritzung geschehen;
3. wenn zu dünne Nadeln verwendet werden, namentlich bei der Mandibularisinjektion;
4. geschieht es möglicherweise bei zu schneller Einspritzung, wobei sich der Druck in der Kanüle stark erhöht;
5. kann es durch zu starkes Herumschwenken der Spritze kommen;
6. ist es möglich durch plötzliche Abwehrreaktion des Patienten bei erhöhter Schmerzempfindung.

Empfehlenswert sind Nadeln aus korrosionsfestem V₂A-Stahl. Für die Leitungsanaesthesie ist die Kanüle Nr.1 zu verwenden, weil sie sich nicht leicht verbiegt und Kanülenbrüche fast nicht vorkommen.

Für die terminale Anaesthesie ist die Nadel Nr.17 am geeignetsten.

Gewöhnlich ist es schwierig, ein Nadelfragment in den Weichteilen zu finden, ohne es dabei noch tiefer in das Gewebe zu stoßen. Stets ist anzuraten, den Patienten an einen Kieferchirurgen zu überweisen und den Behandelten bzw. einen Angehörigen über das Geschehene zu unterrichten statt sich darauf zu verlassen, das Fragment werde einheilen, was freilich auch vorgekommen sein soll.

Fall Nr.22: (Pat. ♂ ****)

Ein Fall ist bekannt, in dem nach 19 Jahren ein Patient Ersatzansprüche stellte. Ihm war eine Injektion zur Zahnextraktion gemacht worden; die Nadel fakturierte und das Bruchstück wurde im Kiefer belassen, da es auch unter Einschaltung eines Facharztes nicht gelungen war, den Nadelrest zu entfernen. Nun war das Fragment in diesem letzten Jahr gewandert und verursachte Beschwerden.

Seit fast einem Jahr hat sich der Patient nicht weiter um die Ersatzansprüche bemüht.

E Zwischenfälle in der Orthodontie

Was in der Kieferorthopädie an Behandlungsfehlern gemacht wurde, ist deshalb schwer festzustellen, weil es sich in den meisten Fällen nicht um akute Beschwerden handelt. Außerdem ist hier mehr als bei jeder anderen Behandlung die Mitarbeit des Patienten wichtig. Wenn die Kranken, die meist Kinder sind, bei der Behandlung über mehrere Jahre die Geduld verloren oder die Eltern nicht genügend darauf geachtet haben, daß der kieferorthopädische Apparat regelmäßig getragen wurde, so kann auch nicht mit dem erwarteten Erfolg gerechnet werden.

E I Zahnregulierungsschäden

Aus der Kieferorthopädie weist das Untersuchungsgut neun Fälle auf; in acht dieser Fälle wurde ein Diastema-Schluß durchgeführt, wobei es zu Zahnregulierungsschäden kam.

Fall Nr.23: (Pat.♀ , 11 Jahre, *) (Abb.14,15,16)

Ein elfjähriges Mädchen hatte ein breites Diastema mediale. Zur Beseitigung wurden zwei unfixierte Gummiringe um 1/1 gelegt; nach Diastema-Schluß wurde eine Drahtligatur zur Fixierung der Stellung der mittleren Schneidezähne angebracht. Außerdem wurde das Lippenbändchen excidiert und, da sich Entzündungen an den Schneidezähnen zeigten, behandelte man sie mit Penicillin.

Ein Jahr nach Beginn der Behandlung gingen die Eltern mit ihrer Tochter zu einem anderen Zahnarzt, da 1/1 atypische zur Kauebene divergierende Achsenstellung eingenommen hatten und bis zum IV.Grad gelockert waren. Röntgenologisch zeigten sich Knochendefekte in der Nähe der Wurzelspitze auf der distalen Seite; die Gingiva war entzündet.

Nach einem Jahr kieferorthopädischer Behandlung war keine Besserung der entzündlichen Vorgänge zu verzeichnen, so daß man sich zur Operation des Kindes entschloß, um die vermutlich unter dem Zahnfleisch verbliebenen Gummiringe zu entfernen. Die Operation verlief ergebnislos; erst ein halbes Jahr später bei Eröffnung eines palatinalen Abszesses bei 1/1 und Wurzelspitzenresektion dieser mittlerweile pulpentoten Schneidezähne fand man die Gummiringe, die den Zahnfleischrand und den übrigen Halteapparat durchtrennt hatten und nun in Apexhöhe lagen.

Fall Nr.24: (Pat.****)

Nach einer Zahnregulierung im linken oberen Frontzahnbereich (/12) kam es durch unter das Zahnfleisch gerutschte Gummiringe zur Knocheneiterung im Bereich dieser Zähne, ein Abbau des Knochens und Lockerung der Zähne wurde festgestellt.

Aus dem Klinikbericht geht hervor, daß während der stationären Behandlung zwei kieferorthopädische Gummiringe aus dem Gewebe entfernt wurden. Diese Ringe haben ein $3/4$ bis $1\ 1/4$ Jahr im Munde gelegen.

E II Nichtindizierte Extraktion

Die Extraktionstherapie im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung ist bei bestehendem Platzmangel angezeigt. Voraussetzung hierfür ist genaue klinische und röntgenologische Untersuchung der Zähne und der Kiefer.

Fall Nr.25 (Pat. ♂ , elf Jahre, ****)

Bei einem elfjährigen Kind fertigte der Behandler kein Röntgenbild an; daher mochte es kommen, dass /4 extrahiert wurde, obwohl /5 nicht angelegt war. Wahrscheinlich wird dadurch eine beträchtliche Lücke zwischen /3 und /6 bleiben.

F Verschiedene Zwischenfälle

In diesem Kapitel soll von einigen Zwischenfällen aus der Bundesrepublik berichtet werden, die jedem Zahnarzt bei seiner Tätigkeit auf allen Fachgebieten unterlaufen können. Da Schwierigkeiten bei der Subsumption dieser Fälle auftraten, werden sie gesondert in Tab.6 aufgeführt:

VERSCHIEDENE ZWISCHENFÄLLE

	Bundesrepublik
<i>Verätzung durch Medikamente, Verbrennung durch Flammen-u. Hitzeeinwirkung</i>	11
<i>Sepsis nach Granulom</i>	2
<i>Angebliche Infektion</i>	2
<i>Diagnosefehler</i>	1
<i>Unterlassener Hausbesuch</i>	1
<i>Elektrolytische Spannung</i>	1
	18

F I 1 : Verätzung durch Medikamente

F I 2 : Verbrennung

In elf Fällen wurde die Mundschleimhaut, die äußere Haut oder das Auge durch tropfende, ätzende Flüssigkeiten während der Zahnbehandlung verletzt.

Fall Nr.26 (Pat. ♂ ****)

45%ige Schwefelsäure wurde während der Zahnbehandlung einem Patienten in das linke Auge getropft. Es führte zu einer leichten Eintrübung der Vorderkammer und zum Hornhautdefekt. Der Patient forderte ein Schmerzensgeld von DM 1.000.- .

Wieweit die Sehkraft auch nach der Ausheilung herabgesetzt blieb, mußte abgewartet werden. Der Ausgang des Falles konnte nicht mehr ermittelt werden.

Fall Nr.27: (Pat.♀ *)

Zweimal wurde die Lippe von Patienten durch heißgelaufene Handstücke verbrannt, da sie zu lange dem Mundwinkel anlagen. Bei der einen Patientin, die z.Z. der Behandlung noch ein Kind gewesen war, haben sich bis heute sichtbare Narben erhalten. Es wurden keine Ersatzansprüche gestellt.

Ein anderer Fall wird vom Landgericht Lübeck berichtet:
Urteil vom 18.12.1959 - 13 Ms 99/59 (498) -

"Am 18.Juli 1959 wollte der Angeklagte bei der damals 16-jährigen Zeugin einen größeren Abszeß, der sich an einer Zahnwurzel gebildet hatte, öffnen. Anstelle der sonst für die Oberflächenbetäubung von ihm verwendeten Mittel "Xylocain" oder "Gingicain" verwendete er diesmal "Chlor-äthyl", das seltener gebraucht wurde. Unmittelbar nachdem er die erkrankte Stelle mit dem "Chloräthyl" eingespritzt hatte, näherte er sich dem Mund der Patientin mit einer elektrisch geglühten Nadel, mit der er den Abszeß öffnen wollte. Bevor er die Nadel ansetzen konnte, schoß eine Flamme aus dem Mund der Patientin, weil sich die Chlor-äthyl-Dämpfe entzündet hatten. Der Zahnarzt drückte das Gesicht der Patientin sofort gegen seinen Oberkörper und erstickte auf diese Weise die Flamme. Er hatte jedoch nicht verhindern können, daß die Behandelte Verbrennungen I.Grades im Gesicht erlitt. Der Zahnarzt rief sofort einen praktischen Arzt zur Behandlung der Verbrennungen, bei dem Patientin etwa vier Wochen lang in Behandlung bleiben mußte. Sie hatte eine Woche lang heftige Schmerzen und hat an der Oberlippe eine Narbe zurückbehalten. Ob diese Narbe einmal endgültig verschwinden wird, läßt sich nicht ohne weiteres absehen.

Der Zahnarzt gibt zu, daß ihm eine Feuergefährlichkeit des Chloräthyls bekannt war und daß er lediglich aus Versehen nicht daran gedacht habe, andernfalls hätte er den Abszeß mit dem Skalpell geöffnet."

DM 1.000.- Strafe waren wegen fahrlässiger Körperverletzung zu zahlen, ersatzweise 20 Tage Haft, da es sich um eine einmalige Unachtsamkeit handelte.

F II : Sepsis nach Granulom

Hierzu soll ein Urteil des OLG Düsseldorf aus dem Jahre 1955 angeführt werden:

Ein Patient begab sich in Zahnbehandlung, weil ihm an der Brücke ein Zahn abgebrochen war. Der Zahnarzt führte an diesem Tag in einer Sitzung eine Wurzelbehandlung durch und durchleuchtete den Zahn anschließend. Am gleichen Tag bekam der Patient eine starke Anschwellung der behandelten Zahnpartie, nachts setzten heftige Schmerzen ein. Am nächsten Morgen rief er seinen Zahnarzt an, der ihn in die Praxis bestellte. Es wurde eine Entzündung an dem betreffenden Zahn festgestellt. Ein Röntgenbild wurde angefertigt, die am Vortag gelegte Füllung wurde teilweise entfernt und Präpacillin injiziert. In der folgenden Nacht setzten heftige Schmerzen ein, Fieber und Schüttelfrost. Der Zahnarzt zog einen praktischen Arzt zu Rate, der eine Sepsis feststellte, die von der starken Entzündung im Kiefer ausging. Der Patient wurde mehrere Wochen lang von diesem Arzt behandelt und sechs Wochen stationär aufgenommen.

Der Kläger hat Schadenersatz vom Zahnarzt verlangt, da dieser ihn unsachgemäß behandelt und keine Röntgenaufnahme vor Beginn der Behandlung angefertigt habe, auf der er das bestehende Granulom hätte erkennen müssen. Der Patient hat die Erstattung aller Kosten sowie ein Schmerzensgeld von DM 3.000.- begehrt. Außerdem beantragte er festzustellen, daß der Behandler verpflichtet sei, ihm allen weiteren körperlichen und geschäftlichen Schaden zu ersetzen, der in Zukunft noch entsteht.

F III : Angebliche Infektion

Fall Nr.28 und 29 (Pat. ♂, ♂ ****)

Nach Zahnextraktionen kam es bei zwei Patienten zu Schleimhautveränderungen im Extraktionsgebiet. Dem jeweiligen Behandler wurde vorgeworfen, durch die Injektionsnadel Keime in das Gewebe verschleppt zu haben, die daraufhin diese Erscheinungen und Schmerzen erzeugt hätten.

Da die Beschwerden auch durch Nachbehandlungen nicht nachließen, wurde eine hämolytische Untersuchung veranlaßt. In beiden Fällen stellte sich als Grundleiden eine Anaemie heraus.

F IV : Diagnosefehler

Die Gebiete, mit denen sich der Zahnarzt auseinanderzusetzen hat, sind die Anamnese des Patienten, der Diagnose und der Therapie.

Vorwiegend bezieht sich ein fehlerhaftes Handeln oder Unterlassen auf die Therapie, doch im folgenden Fall ging es um eine unrichtige Diagnose und hierauf beruhender falscher Behandlung, die den Krankheitsprozeß verlängert haben soll.

Fall Nr.30: (auch mitgeteilt in VersR. H. 23 S.583-585,1965
Pat. ♂ ****)

Einem Patienten wurde wegen einer Vereiterung /6 extrahiert. Am nächsten Tag stellten sich beim Mundöffnen Beschwerden ein. Der behandelnde Zahnarzt stellte Kieferklemme post extractionem fest und leitete aus der Wunde Eiter ab. Gegen die wachsenden Beschwerden wurden Rotlicht und Medikamente verordnet. Die Mutter des Patienten wandte sich an einen Facharzt für innere Krankheiten, was der Zahnarzt nicht für notwendig erachtet hatte. Dieser diagnostizierte eine Schwellung über dem Kiefergelenk mit Muskelkrampf. Die Zahnwunde war ohne Befund. Der Internist vermutete eine Subluxation des Unterkiefers und versuchte zweimal unter Narkose - doch ohne Erfolg - den Unterkiefer einzurichten.

Vier Tage später traten cerebrale Symptome in Form von Aphasie und Krampfanfällen auf. Ein Kieferchirurg indizierte einen Abszeß im Oberkiefer und verlegte den Patienten in die neurochirurgische Abteilung. Hier stellte man einen Gehirnabszeß fest, der durch Punktion entleert wurde. Nach vier Wochen stationärer Behandlung trat abermals erneut ein Hirnabszeß auf, der wiederum punktiert wurde. Ein Sanatoriumsaufenthalt war nach über drei Monaten stationärer Behandlung anzuschließen.

F V : Unterlassener Hausbesuch

In den Untersuchungen kam einmalig die Frage auf, inwieweit ein Zahnarzt die Verpflichtung hat, einem Patienten wegen bestehender Nachblutungen nach Zahnextraktion einen Hausbesuch zu machen.

Fall Nr.31: (Pat.♀ ****)

Eine Patientin, die wegen einer Zahnextraktion eine Injektion bekommen hatte, stürzte nach der Behandlung vor dem Hause, in dem sich die Praxis befand. Danach soll sie starke Nachblutungen aus der Extraktionswunde bekommen haben. Sie benachrichtigte den Zahnarzt von daheim, der sie an einen praktischen Arzt verwies. Dieser sagte seinen Besuch für den gleichen Tag zu. Er verwies sie aber dann an einen zuständigen Kollegen; die Patientin suchte diesen jedoch nicht auf, sondern meldete sich nochmals bei ihrem Zahnarzt.

Auch ein Zahnarzt hat sich der Blutung anzunehmen, die ein Patient bekommen hat; er kann dann weitere ärztliche Maßnahmen veranlassen. In oben genanntem Fall wußte der Behandler jedoch, daß ein Arzt seinen Besuch bei der Patientin zugesagt hatte. Normalerweise wird ein Internist zu Rate gezogen, wenn kein Stillstand der Blutung erreicht

werden kann. In solchen Fällen werden die Gerinnungsfaktoren auf eine eventuell bestehende Haemophilie zu untersuchen sein. Auch die vom Patienten eingenommenen Medikamente sind zu überprüfen, ob sie erhöhte Blutungsbereitschaft bewirken. Dabei ist an eine Antikoagulantien-Behandlung zu denken.

Ein Patient, der unter ständiger Behandlung eines solchen Mittels steht, wird normalerweise dem Zahnarzt davon Mitteilung machen. Unterläßt der Patient dies, und macht den Zahnarzt nicht auf die Gefahr des zu erwartenden Schadens, den der Behandler nicht kannte oder kennen mußte, aufmerksam, so tritt ein die Haftung des Zahnarztes minderndes Verschulden durch unterlassene Hinweispflicht seitens des Patienten ein (nach HEROLD, ZfV 14, 20, 721;1963).

Bei älteren Patienten sollte man deshalb immer fragen

1. ob eine Therapie mit Antikoagulantien durchgeführt wird,
2. wie lange die Therapie erfolgte,
3. warum diese Therapie eingeleitet wurde,
4. wie die Kontrollen verliefen.

In allen Fällen sollte man sich jedoch mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen, um jegliches Risiko auszuschließen. Diese Patienten sind ebenso wie Haemophile bei Verletzungen gefährdet, wenn die Werte des bestimmten Prothrombinkomplexes nach QUICK unter 25 % liegen.

F VI : Elektrolytische Spannung

Gerät eine frisch eingelegte Amalgamfüllung in Kontakt mit anderen Metallen im Munde, z.B. mit einer Goldkrone, so entsteht ein galvanisches Element.

Fall Nr.32: (Pat. ♂ ****)

In diesem hier aufgeführten Fall wurde eine dem amalgam-gefüllten Zahn gegenüberstehende Brücke stark angegriffen. Zu untersuchen war jedoch, wieweit das nur die Wirkung des Quecksilbers war.

Der medizinische Sachverständige ist der Ansicht, daß die Brücke schon vorher schadhaft gewesen sein müsse, das Amalgam aber das letzte auslösende Agens gewesen sei. Eine völlig einwandfreie Brücke könne durch die Füllung nicht so weitgehend zerstört werden. Der Zahnarzt hätte die bereits angegriffene Brücke sehen und unter diesen Umständen eine schädigende Wirkung - hier durch das Amalgam - verhindern müssen.

III. Diskussion

Die im vorausgegangenen Hauptteil aufgeführten Fälle bildeten eine Auswahl aus dem zur Verfügung stehenden Material. An ihnen sollte gezeigt werden, zu welchen Komplikationen es bei einer bestimmten zahnärztlichen Tätigkeit kommen kann und wie diese Komplikationen allenfalls zu vermeiden gewesen wären.

Unberücksichtigt blieben einige ferner liegende Schadensquellen wie z.B. Zwischenfälle bei Vollnarkosen. Solche fanden sich nicht im Untersuchungsgut. Daraus wurde geschlossen, daß sie äußerst selten und ohne praktisches Gewicht für die zahnärztliche Praxis sein dürften.

Nunmehr gilt es darzulegen, zu welchen zivilrechtlichen Konsequenzen diese Zwischenfälle führen können. Eine Übersicht über die Haftungsgrundlagen sowie den Umfang der einzelnen Ersatzansprüche gibt Tab.7 :

Zivilrechtliche Haftung

§ 611 Vertrag

Schadenersatz

positive For-
derungsverletzung

auch bei Nichter-
füllung und Verzug

Verjährung 2 Jahre

§ 278 Erfüllungsgehilfe

Exkulpation nicht möglich

§ 823 unerlaubte Handlung

Schadenersatz

Schmerzensgeld (§ 847)

Beerdigungskosten)
Unterhalt
Kapitalabfindung } (§ 844)
oder Rente

Verjährung 3 Jahre
(ohne Kenntnis 30 Jahre)

§ 831 Verrichtungsgehilfe

Exkulpation möglich

Aus dieser Tabelle ergibt sich auch zwanglos die Systematik der Diskussion.

Vorzubeugen ist dem irreführenden Ausdruck "unerlaubte Handlung". Der Begriff hat, entgegen dem ersten Anschein, wenig mit dem Strafrecht zu tun; sein Inhalt ist vom Zivilrecht geprägt. Allgemein läßt sich zwar sagen, daß eine Straftat regelmäßig auch eine unerlaubte Handlung i.S. § 823, besonders Abs. 2 ist. Die Umkehrung des Satzes gilt aber nicht: Es gibt zivilrechtliche unerlaubte Handlungen, die strafrechtlich irrelevant sind.

Die Arbeit beschränkt sich, wie der Titel ausweist, auf die zivilrechtlichen Konsequenzen der zahnärztlichen Zwischenfälle. Damit sind freilich die rechtlichen Möglichkeiten nicht erschöpft. Neben zivilrechtlichen Konsequenzen können solche des Verwaltungsrechts, z.B. Entzug der Approbation, namentlich wenn der Zahnarzt rauschgiftsüchtig ist - wofür eine häufige Schadenssetzung ein Indiz liefern mag - auftreten. Weiterhin können sich disziplinarrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen ergeben.

Während die verwaltungs- und disziplinarrechtlichen Folgen von vornherein außer Betracht gelassen wurden, ergab sich der Wegfall von strafrechtlicher Betrachtung aus dem Untersuchungsgut. Dies enthielt nicht einen einzigen Fall, in dem Strafanzeige gestellt wurde. Merkwürdigerweise deckt sich diese Feststellung nicht mit Beobachtungen, die den ärztlichen Kunstfehler betreffen. Dort zeigt sich nämlich eine steigende Tendenz, den Arzt strafrechtlich zur Verantwortung zu ziehen. Dabei dürfte es dem Patienten weniger auf eine kriminelle Bestrafung des Arztes ankommen - dies mag er nur gleichsam mit in Kauf nehmen - sondern darauf, seine Aussichten für einen zivilen Schadenersatzprozeß auf eine billige und bequeme Weise auszuloten. Strafrechtliche Ermittlungen werden von Amts wegen geführt; der Patient gerät also nicht in Beweisnot; auch erwachsen ihm weder Gerichts- noch Anwaltskosten. Dringt er im Strafprozeß durch, so kommt ihm der Satz, wonach jede Straftat eine unerlaubte Handlung i.S. des Zivilrechts ist, zugute und er kann sich für den Schadenersatzanspruch die besten Chancen ausrechnen.

Das andersgeartete Verhalten des Patienten könnte darauf zurückzuführen sein, dass zahnärztliche Zwischenfälle selten lebensgefährlich sind. Das Untersuchungsmaterial weist nur zwei Todesfälle auf, aus denen noch nicht einmal zivilrechtliche Ansprüche abgeleitet wurden. Hinzukommen mag weiterhin, daß die vom Zahnarzt gesetzten Körperschäden meist geringer sind, so daß gefühlsmäßig darin kein strafwürdiges Vergehen erblickt wird und folglich die Vorteile des Strafprozesses erst gar nicht ins Bewußtsein treten.

In der folgenden Tabelle wird die zivilrechtliche Erledigung der in Berlin von 1957-1967 streitig gewordenen Fälle aufgezeigt (Tabelle 8):

Bekannt ge- wordene Fälle	≤	schwebend	erledigt durch:	
			Urteil	Vergleich
Chirurgie	3	2	-	1
Prothetik	17	1	13	2
Konservier. Zahnheilkunde	13	-	2	-
Anaesthesie	2	-	-	-
Orthodontie	1	1	-	-
Verschiedenes	7	-	4	-
	43	4	19	3

Aus dieser Tabelle ist zu ersehen, daß in 17 Fällen die Patienten keine Ansprüche auf Schadenersatz gestellt haben.

Ferner gilt es aufzuzeigen, aus welchen gesetzlichen Normen sich die Haftungsgrundlagen für die zahnärztliche Tätigkeit ergeben.

Dabei ist freilich zu beachten, daß die juristische Diskussion nicht allein aus den angeführten Fällen gelingen kann. Dazu sind aus Gründen, die oben angedeutet wurden, die Unterlagen zu den einzelnen Fällen zu spärlich. Die Haftungsgrundsätze müssen daher in Verbindung mit Fällen aus der Rechtssprechung entwickelt werden, wobei das Untersuchungsmaterial illustrativ herangezogen wird, um daran zu demonstrieren, wie und warum bestimmte Fälle so entschieden wurden und wie andere, die zur Entscheidung nicht anstanden, mutmaßlich zu entscheiden wären. Hinzukommt, daß das Untersuchungsmaterial vorwiegend unbekannte Fälle enthalten sollte, was von solchen, die zur richterlichen Entscheidung kamen, nicht mehr behauptet werden darf.

Beiläufig sei angemerkt, daß die Zahl der Komplikationen, aus denen streitige Entscheidungen erwachsen, klein ist; nach GEIGEL in REICHENBACH (108) werden weniger als 1 % aller Schadenssetzungen gerichtlich entschieden. Dies rührt daher, weil die meisten Zahnärzte versichert sind - eine Vorsichtsmaßnahme, die unbedingt anzuraten ist - und die Versicherungsgesellschaften als kaufmännisch geführte Unternehmen bei der Befriedigung von Ansprüchen nicht allein die Höhe der Forderung, sondern auch das Prozeßrisiko berücksichtigen. Zur Vermeidung von zusätzlichen Prozeßkosten werden von ihnen häufig aus kommerziellen Gründen auch solche Ansprüche befriedigt, deren rechtliche Voraussetzungen nicht zweifelsfrei sind. Die Angabe GEIGEL's dürfte von der Gesamtheit des untersuchten Materials bestätigt werden. Falsch wäre aber daraus abzuleiten, Konsequenzen aus einem zahnärztlichen Zwischenfall seien unwahrscheinlich. Jeder Zwischenfall ist geeignet, Scherereien zu verursachen. Auch ist zu bedenken, daß hier nur die zivilrechtlichen Folgen in Rede stehen.

Bei der Darlegung der Haftungsvoraussetzung wurden die rechtlichen Vorkenntnisse der Zahnmediziner - die landläufig wohl nicht allzu hoch sein dürften - zu wenig bedacht. Auch bleibt die Darlegung kursorischen Charakters. Das ist selbstverständlich; denn weder kann es Aufgabe der Zahnmedizin sein, eine erschöpfende oder auch nur unanfechtbare juristische Analyse zu liefern, noch entspräche es der Zielsetzung der Arbeit, die vorwiegend als Mahnung zur Vorsicht sowohl in der täglichen Praxis als auch nach eingetretenen Komplikationen verstanden sein will.

Das bürgerliche Recht, festgelegt im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), kennt keine besonderen Haftungsnormen weder für den Arzt noch für den Zahnarzt. Daraus folgt, daß der Zahnarzt nach den allgemeinen Bestimmungen haftet. Solche Bestimmungen finden sich einerseits im Vertragsrecht, andererseits in den Vorschriften über das Recht der unerlaubten Handlung.

A Haftung aus Vertrag

1. Voraussetzungen für den Vertragsschluß:

a) Willenserklärung: Das BGB sagt nirgends, wie ein Vertrag zustande kommt. Aus einem Allgemeinen Teil, § 145 und § 151 ist jedoch zu entnehmen, daß hierfür ein Angebot sowie die Annahme des Angebotes erforderlich ist. Angebot sowohl wie Annahme sind Willenserklärungen, d.h. Verlautbarungen eines rechtsgeschäftlichen Willens. Ein rechtsgeschäftlicher Wille ist darauf gerichtet, Rechtsfolgen zu begründen.

Antragender ist beim zahnärztlichen Vertrag regelmäßig der Patient. Er erklärt, der Zahnarzt möge hinsichtlich seiner Zähne diese oder jene Maßnahme treffen. Rechtlich enthält diese Erklärung das Angebot zum Vertragsschluß und damit auch den Ausdruck der Bereitwilligkeit. Juristisch ausgedrückt ist es das Versprechen, die mit dem Vertragsschluß entstehenden Verpflichtungen - sei es auf dem Wege über seine Versicherung oder ohne Einschaltung einer solchen, als sog. Privatpatient - zu erfüllen. Dabei ist zu beachten, daß das Angebot auch stillschweigend zum Ausdruck gebracht werden kann. Es genügt, wenn nicht besondere Umstände, wie z.B. Festsetzung des Preises für ein besonderes Material, dagegen sprechen, daß der Patient auf dem Behandlungsstuhl Platz nimmt. Entsprechendes gilt für die Annahme des Vertrages.

Spätestens mit der ersten zahnärztlichen Maßnahme - bestehe sie auch nur in der Inspektion der Zähne - ist, auch ohne daß hierbei ein Wort gewechselt zu werden braucht, die Annahme erklärt und folglich der Vertrag geschlossen. Rechtlich besteht die Annahme in der Übernahme der Verpflichtung. Juristisch heißt es das Versprechen, die Wünsche des Patienten im Rahmen des Möglichen (§ 305) zu erfüllen. Dies schließt nicht aus, daß der Vertrag im Laufe der Behandlung spezifiziert wird.

b) Vertragsschluß mit Minderjährigen: Nicht selten erscheinen Kinder und Heranwachsende in der Praxis des Zahnarztes. Der Vertragsschluß mit Minderjährigen weist einige Besonderheiten auf, die dem Zahnarzt bekannt sein müssten.

Kinder unter sieben Jahren sind geschäftsuntüchtig (§ 104). Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig bedeutet, die Erklärung vermag nach keiner Richtung eine Wirkung zu entfalten.

Wer das siebente Lebensjahr vollendet hat aber noch nicht das einundzwanzigste, ist in der Geschäftsfähigkeit beschränkt (§§ 2, 106). Die Erklärungen eines Geschäftsbeschränkten sind schwebend unwirksam, also nicht schlechthin nichtig. Sie sind durch den gesetzlichen Vertreter einwilligungsfähig (§ 108).

Hat der gesetzliche Vertreter eingewilligt, so ist die Willenserklärung des Minderjährigen voll wirksam. Hat er zwar nicht eingewilligt, genehmigt sie aber im nachhinein, so wirkt die Genehmigung auf den Zeitpunkt der Vornahme des Rechtsgeschäftes zurück (§ 184), was bedeutet, daß der Vertrag von anfang an als wirksam anzusehen ist. Genehmigt der gesetzliche Vertreter nicht, so wird die Willenserklärung des Minderjährigen endgültig nichtig.

Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen. Die erste ist der sog. Generalkonsens i. S. § 110. Danach ist der Vertrag, den ein Minderjähriger schließt, dann nicht zustimmungsbedürftig, wenn der Minderjährige die Leistung mit Mitteln bewirkt, die ihm zu diesem Zweck oder überhaupt zur freien Verfügung überlassen worden sind. Die zweite Ausnahme enthält § 107. Danach bedarf der Minderjährige dann nicht der Zustimmung, wenn er durch seine Erklärung lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt. Dies ist bei einem Behandlungsvertrag niemals der Fall. Gleichwohl liegen hier die Ansatzpunkte, aus denen die Rechtsprechung die Voraussetzungen für die dritte Ausnahme entwickelt hat. Ist nämlich ein Minder-

jähriger behandlungsbedürftig, so würden ihm aus § 107 u.U. schwere Nachteile erwachsen, was dem Sinn der Vorschrift, nämlich den Minderjährigen zu schützen, entgegenliefe. Hat der Minderjährige die erforderliche geistige oder sittliche Reife, die eventuellen Konsequenzen des Eingriffes zu übersehen - was individuell zu beurteilen ist - , so muß seinen Erklärungen volle Wirksamkeit zuerkannt werden.

Diese Grundsätze wurden für den Arzt-Patienten-Vertrag entwickelt. Vor allem geschah dies im Hinblick auf § 226a StGB, der eine strafrechtliche Verantwortung des Arztes wegen Körperverletzung dann ausschließt, wenn eine Einwilligung des Patienten vorlag und die Einwilligung den *lege artis* ausgeführten Eingriff deckte. Da die Rechtsordnung aber eine Einheit bildet, können die strafrechtlichen Grundsätze auch auf das Zivilrecht übertragen werden. Was für den Arzt gilt, gilt dabei auch für den Zahnarzt. Letzterer ist dabei insofern günstiger gestellt als der Arzt, weil seine Eingriffe leichter und in der Regel risikoloser sind; mithin die Anforderungen an die Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen geringer sein können.

Der gute Glaube des Zahnarztes an die Einsichtsfähigkeit seines Patienten oder an das Vorliegen des Generalkonsens wird nicht geschützt. Liegt ein Mangel in der Geschäftsfähigkeit vor, so kommt ein Vertrag nicht zustande. Dies bedeutet, daß auch keine vertraglichen Honorarforderungen entstehen können. Es bedeutet ferner, daß der Zahnarzt aus unerlaubter Handlung verschärft haftet, ja, daß er möglicherweise sogar strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann. Freilich soll die Gefahr des Nichtzustandekommens eines Vertrages mit Minderjährigen nicht überschätzt werden; die Streubreite der dargelegten Ausnahmen vom Grundsatz des § 107 ist beträchtlich.

2. Rechtsnatur des Zahnarzt-Patienten-Vertrages

Mit der Frage, wie ein Vertrag zustandekommt, ist freilich noch nicht geklärt, was für ein Vertrag durch den Antrag des Patienten und die Annahme des Zahnarztes geschlossen wird. In Betracht kommen zwei vom BGB normierte Vertragstypen:

a) Der Dienstvertrag, §§ 611ff.

§ 611 Abs.1:

Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher seine Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

Das Honorar bestimmt sich nach § 612 Abs.2:

Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.

Hierfür ist die Bundes-Gebührenordnung maßgeblich.

Das Dienstverhältnis endet nach der Behandlungszeit (§620). Liegt ein wichtiger Grund vor, es früher zu beenden, so kann es von jedem Teil ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist geschehen (§626 bzw. § 627), nach dem der zur Dienstleistung Verpflichtete Dienste höherer Art leistet, wie das bei ärztlichen Berufen der Fall ist. Er kann auch kündigen, ohne daß ein wichtiger Grund vorzuliegen hat, vorausgesetzt daß sich der Dienstberechtigte anderweitig Dienste beschaffen kann.

Zahlreiche Rechtslehrer und z.T.auch die Rechtsprechung wollen aber Werkvertragsregeln anwenden. Dies stößt in Kreisen der Zahnärzteschaft erfahrungsgemäß auf Ablehnung. Wie ein Vergleich der Rechte und Pflichten aus den beiden Vertragstypen lehrt, geschieht es zumindest teilweise zu Unrecht.

b) Der Werkvertrag, §§ 631 ff

§ 631 BGB:

Durch den Werkvertrag wird der Unternehmer zur Herstellung des versprochenen Werkes, der Besteller zur Entrichtung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

Gegenstand des Werkvertrages kann sowohl die Herstellung oder Veränderung einer Sache als ein anderer durch Arbeit oder Dienstleistung herbeizuführender Erfolg sein.

Während es beim Dienstvertrag gemäß § 611 lediglich auf die Leistung der Dienste ohne Rücksicht auf den Erfolg ankam, hebt § 631 auf die Herstellung eines Werkes, im Rechtssinne eines Erfolges, ab. Geschuldet wird demnach nicht eine Dienstleistung, vielmehr die Erstellung eines Werkes.

Abgesehen von einer bloßen Inspektion bzw. einer Heilbehandlung, z.B. der Parodontose, bei der ein Erfolg nicht geschuldet, weil nicht garantiert werden kann, verlangt der Patient vom Zahnarzt einen bestimmten Erfolg, nämlich die Herstellung einer Füllung, Brücke, Prothese etc. Auch die Extraktion ist ein "Werk".

Man wird also jeweils zu differenzieren haben: wurde die Erstellung eines Werkes Inhalt des Schuldversprechens, so müssen §§ 631 ff angewandt werden; sind allein Dienstleistungen Gegenstand des Vertrages, dann beurteilen sich Rechte und Pflichten nach den §§ 611 ff.

Im Schrifttum überwiegt die Ansicht, daß es sich bei dem Vertrag zwischen Zahnarzt und Patient um einen Dienstvertrag handelt. Aus den Fällen des Westberliner Untersuchungsgutes und aus denen der Bundesrepublik war nicht eindeutig ersichtlich, ob Ersatzansprüche aufgrund des Dienst- oder des Werkvertrages vertreten wurden. Daher werden hier acht veröffentlichte Urteile angeführt:

4 Fälle Annahme eines Dienstvertrages (Tab.9)

3 Fälle Annahme eines Werkvertrages (Tab.10)

1 Fall Annahme eines gemischten Vertrages (Tab.11);

d.h. eines Vertragstyp, dessen Rechtsfolgen je nach Adäquanz aus den §§ 611 ff oder den §§ 631 ff BGB ergeben.

Dienstvertrag

(Tab. 9)

Urteil:	Kläger:	Ursache:	Entscheidungsgründe:
1) AG Hildesheim - 12 C 21/52 - (ZM 54, S.160; von HEESSEN zitiert)	Patient	mangelhafte Wurzelfüllung; ungenügender Prothesensitz.	Klage abgewiesen, da Zahnarzt-Patienten-Vertrag ein Dienstvertrag ist
2) LG Offenburg Urteil v.26.8.58 - 1 S 51/58 - (NJW 59, 817)	Patient	Nicht passende Prothesen im OK und UK trotz Nachbesserungen. Der Patient verlangte Rückvergütung gegen Abgabe der Prothesen.	Klage stattgegeben. Mängel waren auf ein Verschulden des Behandlers zurückzuführen; der Patient war zur Kündigung des Vertrages berechtigt.
3) OLG Hamburg Urteil v.8.12.64 - 7a U 10/64 - (BDZ-Rundschreiben Nr.11/65, Ziff.3)	Zahnarzt	Honorarforderung für Prothesenherstellung.	Klage abgewiesen, da die Zeit für Mangelrügen verjährt war. Zum Beweis mangelhafter Dienstleistung kam der Patient jedoch der Aufforderung des Gutachters nicht nach.
4) LG Bremen Urteil v.7.1.65 - 4 S 496/64 - (NJW 65, 2015)	Patient	Ungenügender Prothesensitz	Klage abgewiesen; der Patient konnte nach §§ 627, 628 BGB vom Dienstvertrag ohne wichtigen Grund zurücktreten; es lag keine positive Vertragsverletzung des Zahnarztes vor.

WERKVERTRAG

Entscheidungsgründe:

Urteil:

Kläger:

Ursache:

LG Hannover Urteil v.10.1.56 - 11 S 287/55 - (NJW 56, 1640)	Patient	Ungenügender Prothesensitz	Klage stattgegeben; es war kein Erfolg nach den Bestimmungen des Werkvertrages eingetreten. Honorarforderung des Zahnarztes war daher unberechtigt.
LG Frankfurt Urteil v.16.1.62 - 315 O 851/61- Urteil v.24.5.63 - 2/12 S 241/62- (BDZ Rundschr. Nr.19/63 Anlage 2 zu Ziffer 2)	Zahnarzt Patient Berufung:	Honorarforderung Ungenügender Prothesensitz	In 1.Instanz: Klage stattgegeben. BerGer.: Klage abgewiesen; aufgrund des Werkvertrages war der Zahnarzt zur Herbeiführung eines Erfolges verpflichtet.
LG Karlsruhe Urteil v.3.5.67 - 1 U 144/66- (NJW 67, 1512)	Patient	Ungenügender Prothesensitz	Klage abgewiesen wegen eingetretener Verjährung; im übrigen war der Zahnarzt zur einwandfreien Werkherstellung verpflichtet.
LG Wuppertal Urteil v.29.10.64 - 7 S 185/64-- (NJW 65, 349)	Zahnarzt	<u>MISCHVERTRAG</u> Honorarforderung für Prothesen	(Tab.11) Klage abgewiesen wegen Verjährung; Zahnprothetische Behandlung unterliegt dem Dienstvertrag, Gewährleistungsansprüche aber dem Werkvertrag.

Hinsichtlich der Verjährung seiner Ansprüche steht der Zahnarzt nach Werkvertragsregeln günstiger als nach Dienstvertragsrecht (§§ 638, 639; § 196 Z.1 Abs.14).

Das neueste veröffentlichte Urteil in diesem Zusammenhang ist Nr.3 in Tab.10. Ein Werkvertrag wurde in diesem Falle angenommen; wegen der mittlerweile eingetretenen Verjährung nach Ablauf von sechs Monaten wurde die Klage der Patientin abgewiesen, was bei Annahme eines Dienstvertrages nicht möglich gewesen wäre.

Die Haftung des Zahnarztes wird gemildert durch § 640 BGB: Der Besteller ist verpflichtet, das vertragsmäßig hergestellte Werk abzunehmen, sofern nicht nach der Beschaffenheit des Werkes die Abnahme ausgeschlossen ist.

Nimmt der Besteller ein mangelhaftes Werk ab, obschon er den Mangel kennt, so stehen ihm die in den §§ 633, 634 bestimmten Ansprüche nur zu, wenn er sich seine Rechte wegen des Mangels bei der Abnahme vorbehält.

Für die Vergütung gilt beim Werkvertrag nichts wesentlich anderes als beim Dienstvertrag; § 632 BGB Abs.2:

Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.

Taxmäßige Vergütung ist wieder die Gebührenordnung, die eine obere und untere Grenze festgelegt hat, um unlauteren Wettbewerb und überhöhte Tarife auszuschließen, die mit dem Standesethos unvereinbar wären.

Da laut Werkvertragsregeln ein Erfolg geschuldet wird, trifft den Zahnarzt eine Gewährleistungspflicht, wie sie in § 633 Abs.1 festgelegt ist:

Der Unternehmer ist verpflichtet, das Werk so herzustellen, daß es die zugesicherten Eigenschaften hat und nicht mit Fehlern behaftet ist, die den Wert oder die Tauglichkeit zu dem gewöhnlichen oder dem nach dem Vertrag vorausgesetzten Gebrauch aufheben oder mindern.

Der Gewährleistungspflicht steht ein Nachbesserungsanspruch des Patienten gegenüber, § 633 Abs.2:

Ist das Werk nicht von dieser Beschaffenheit, so kann der Besteller die Beseitigung des Mangels verlangen. Der Unternehmer ist berechtigt, die Beseitigung zu verweigern, wenn sie einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordert.

Andererseits hat ein Patient auch keinen Anspruch auf Schadenersatz, wenn er die vom Behandler angebotenen Nachbesserungen nicht vornehmen läßt.

In Fall Nr.8 (Schmerzen nach Einsetzen einer Kunststoffbrücke 3-1/) war die Arbeit des Zahnarztes nicht zu beanstanden. Er hatte sich bereit erklärt, die gerügten Mängel zu beseitigen, doch war die Patientin dem Angebot nicht nachgekommen. Der gerichtlichen Entscheidung nach stand dem Behandler der volle Betrag der Liquidation zu, der Patientin wurde ein Vollstreckungsbefehl zugestellt.

In Fall Nr. 9 (Bißsperrung durch eine Brücke) wurde die Patientin verurteilt, das volle Honorar an den Zahnarzt zu entrichten. Das Gericht berief sich dabei auf das Gutachten des Sachverständigen, wonach die Brücke anfangs wegen noch zu behebernder geringer kosmetischer Mängel nicht fest zementiert worden war. Nach deren Beseitigung wollte die Patientin die Brücke uneingegliedert mit nach Hause nehmen. Der Klageanspruch wurde in der 1.Instanz weitgehend abgewiesen wegen der bestehenden Bißsperre. In der Berufungsklage wurde jedoch der Ansicht zugestimmt, daß nicht auf den Zustand

des Vorjahres geschlossen werden könne, sondern die Brücke habe insofern gepaßt, als sie mit geringen Nachbesserungen hätte eingegliedert werden können. Die Patientin wurde zur Honorarzahlung verurteilt.

Die Vorschriften der Gewährleistungspflicht dürften den Hauptgrund bilden, weshalb die Anwendung der Werkvertragsnormen auf den Zahnarzt-Patienten-Vertrag auf Ablehnung stößt. Sie sind in Verbindung mit § 635 zu lesen:

Beruhet der Mangel des Werkes auf einem Umstande, den der Unternehmer zu vertreten hat, so kann der Besteller statt der Wandelung oder der Minderung Schadensersatz wegen Nichterfüllung verlangen.

Dieser Paragraph steht wiederum in Zusammenhang mit § 276, der die Haftung für eigenes Verschulden normiert:

Der Schuldner hat, sofern nicht ein anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt.

Diese Regelungen ergeben sich gleicherweise aus der Bundes-Zahnärzte-Ordnung. Danach würde es gegen das Berufsethos verstoßen, z.B. eine prothetische Arbeit nicht lege artis durchzuführen. Ein nicht passender oder sonst mit einem Mangel behafteter Ersatz dürfte in der Regel nicht lege artis sein.

Hinzukommt noch, daß alle Regelungen - sowohl des Dienst- als auch des Werkvertrages - , soweit sie nicht zwingenden Rechtes sind, abgedungen werden können. Der Zahnarzt kann also, soweit er nicht gegen Gesetze oder die Sittenordnung verstößt, sämtliche Items seiner Verträge frei aushandeln, denn die Normen des BGB gelten, sofern sich aus ihnen nichts anderes ergibt, nur für Vertragslücken, d.h. solche Punkte, die die Parteien zu regeln vergaßen oder aber im Vertrauen auf das Gesetz nicht haben regeln wollen. Dies gilt allgemein. Für den Zahnarzt kann freilich das Standesethos nicht unberücksichtigt bleiben.

Im allgemeinen setzt sich die Ansicht durch, daß der Zahnarzt zur technisch einwandfreien Herstellung eines Zahnersatzes verpflichtet ist, für den Eintritt eines erstrebten Erfolges jedoch nicht haften kann. Die Erreichung des endgültigen Zieles liegt nur bedingt in der Hand des Behandlers. Schwierigkeiten sind oft nicht vorauszusehen, da sie erst während der Behandlung auftreten können. Außerdem ist eine gewisse Bereitwilligkeit des Patienten zur Gewöhnung an den Fremdkörper Prothese notwendig, wobei psychische wie physische Faktoren eine Rolle spielen.

Einen Werkvertrag kann der Zahnarzt jedenfalls mit dem Techniker, der die Prothesen aus einwandfreiem Material herzustellen hat, abschließen. Die zahnärztliche Tätigkeit am Patienten liegt vorwiegend in der Erkenntnis eventueller pathologischer Veränderungen, in der Schaffung eines günstigen Prothesenlagers durch Beseitigung von scharfen Kanten, Wurzelresten, Exostosen, übermäßigen Schleimhautbildungen etc. Hinzukommt noch die individuelle Zahnform, -farbe und -stellung und die Bestimmung der genauen Bißhöhe zur Vermeidung von Gelenkbeschwerden, Abheben der Platten usw.

Ebenso unterliegt das Eingliedern der fertiggestellten Prothesen den Bestimmungen des Dienstvertrages. Früher sah man die technische Gestaltung im Vordergrund, heute hat sich in der zahnärztlichen Wissenschaft gezeigt, daß eine technisch mangelfreie Herstellung des Zahnersatzes nicht genügt, die gestörte Kaufunktion zu beseitigen.

Doch nicht nur bei der Herstellung der Prothesen, sondern ebenso bei der Durchführung von Operationen geht es um die Rechtsfrage: Dienst- oder Werkvertrag? Auch die chirurgischen Eingriffe müssen technisch fachgerecht aus- und durchgeführt werden, ein bestimmter Erfolg - Heilung oder Besserung - kann bei der Mehrzahl aller Operationen niemals garantiert werden; und auch der Patient dürfte sich im klaren darüber sein, daß er solche Erfolgszusage nicht erwarten kann.

3. Vertragsverletzungen

Die Nichterfüllung einer den Zahnarzt treffenden Pflicht bedeutet regelmäßig eine Vertragsverletzung, die, wenn ihn ein Verschulden trifft, Schadenersatzansprüche nach sich zieht.

Die Regelungen hierfür finden sich im Allgemeinen Teil des Schuldrechtes: §§ 241 - 432. Sie sind kompliziert und ihre Darlegung förderte die Lösung der anstehenden Probleme kaum. Dies aus dem Grunde nicht, weil das BGB erstaunlicherweise nur die Folgen für Verzug und Unmöglichkeit regelt. Verzug liegt vor, wenn der Schuldner nicht zur rechten Zeit leistet; Unmöglichkeit, wenn er überhaupt nicht leisten kann. Die einschlägigen Normen, §§ 275ff und §§ 320ff gelten sowohl für den Dienst- als auch für den Werkvertrag, jedoch immer nur für die Schäden, die der Patient oder der Zahnarzt aufgrund des Verzuges oder Unmöglichkeit erleidet. Sie sind also dann zu Rate zu ziehen, wenn es im einzelnen festzulegen gilt, ob dem Patienten z.B. ein Nachbesserungsrecht zusteht, ob er die Liquidation verweigern darf etc. Für Schadenersatzansprüche aus Kunstfehlern, die hier vorwiegend interessieren, leisten sie direkt nichts,

Hat beispielsweise ein Patient ein Inlay aspiriert oder aufgrund mangelhafter Desinfektion eine Sepsis bekommen, so hat das seine Ursache nicht darin, daß der Zahnarzt nicht zur rechten Zeit geleistet hat noch etwa darin, daß nun die Leistung unmöglich geworden wäre, denn - um im Beispiel zu bleiben - es ließe sich ja jederzeit ein neues Inlay anfertigen oder nach Abklingen der Infektion die Arbeit fortsetzen. Der Schaden, den der Patient erleidet, besteht gerade darin, daß der Zahnarzt einen Dienst geleistet hat. Gleichwohl ist leicht einzusehen, daß diese Schadenssetzungen, sofern sie schuldhaft erfolgten, Ersatzpflichten auslösen müssen.

Da das BGB sich hier als unzulänglich erweist, die Auffassung seiner Verfasser, sie hätten mit den Instituten des Verzuges und der Unmöglichkeit alle denkbaren Schadensursachen erfaßt also irrig waren, hat Rechtsprechung und Rechtslehre die Rechtsfigur der positiven Vertragsverletzung entwickelt (vergl. STAUB, 128).

Unter dem Begriff der positiven Vertragsverletzung fällt demnach jede Leistungsstörung, die nicht auf Verzug und Unmöglichkeit beruht, mithin alle schadenverursachenden Kunstfehler des Zahnarztes. Rechtsgrundlage bildet die analoge Anwendung der §§ 280, 286, 325, 326.

Aus der allgemeinen Formulierung "jede Leistungsstörung" ergibt sich, daß die Einrichtung der positiven Forderungsverletzung sowohl für den Dienstvertrag als auch für den Werkvertrag Gültigkeit beansprucht.

Voraussetzung ist aber stets, und das ist der Kernpunkt, daß der Schuldner, also der Zahnarzt, die Leistungsstörung zu vertreten hat. Zu vertreten ist Vorsatz und Fahrlässigkeit. Fahrlässig handelt derjenige, der die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht läßt, § 276, Abs. 1. "Besonders zu beachten ist, daß es nach dem Wortlaut des genannten Paragraphen nicht auf die übliche Sorgfalt ankommt, sondern auf die im Verkehr erforderliche. Dieses Wort wurde gewählt, um "Schlendrianen" zu begegnen, doch das dürfte bei dem besonders hohen Berufsethos ohnehin kaum einreißen können. Welche Sorgfalt nun im einzelnen Fall anzuwenden ist, bemißt sich danach, ob z.Z. der Vornahme der als fehlerhaft bezeichneten ärztlichen Behandlung - sei es ein Handeln oder Unterlassen - ein schädlicher Erfolg als Folge vorhergesehen und vermieden werden konnte. Ein Arzt kann nicht verurteilt werden wegen einer Behandlungsart, die z.Z. der Verhandlung als gegen die Regeln der ärztlichen Wissenschaft verstößt; z.Z. der Behandlungsvornahme aber keine Fahrlässigkeit bedeutete

und diesen Zeitpunkt muß man beurteilen. Nach allgemeiner Erfahrung kann nicht vom Arzt erwartet werden, daß seine Anordnungen auch auf chirurgischem und operativem Gebiet liegende unbedingt sachgemäss ausfallen und durchaus Gewähr für volle und schnelle Heilung geben, vielmehr kommen in der sorgfältigsten Praxis Fehler und Unrichtigkeiten vor" (RG-Urteil v.22.6.1909).

PERRET gab zur Klärung des Begriffes der e r f o r d e r - l i c h e n Sorgfalt folgende Erläuterung: "Die im Verkehr erforderliche Sorgfalt ist etwas anderes als die Gepflogenheiten der täglichen Praxis. Der Gesetzgeber hat es bewußt nicht auf die von Subjektivismen nicht freie Gepflogenheit der täglichen Praxis abgestellt, sondern verlangt objektiv ein Verhalten, das der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt entspricht. Das bedeutet, daß die tägliche Praxis allenfalls Anhaltspunkte für die Beurteilung eines Handelns zu geben vermag, aber nicht erschöpfend die Frage beantwortet, ob dieses Handeln der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt genügt."

Die Forderung nach der erforderlichen Sorgfalt wurde schon immer speziell bei der Sicherung der Nervnadeln gestellt, obwohl ein Entgleiten der Nadeln doch nicht so zahlreich vorgekommen ist, wie aus der Tab.4 zu ersehen ist.

Auch SZEKELY (132) hat 1928 eine Zusammenstellung verschluckter und aspirierter Fremdkörper - am häufigsten Wurzelbehandlungsinstrumente - wiedergegeben, die in den Jahren 1925/26 in der HNO-Klinik der Berliner Charité entfernt wurden.

In zwei Fällen handelt es sich um eingeatmete Nervnadeln während der Zahnbehandlung, in einem Fall um eine beim Einsetzen aspirierte Goldkrone. Der Verfasser führt dazu noch einen Fall einer verschluckten Nervnadel aus dem Jahre 1926 an, der ihm aus einer Privatpraxis berichtet wurde. Die Nadel mußte operativ entfernt werden, der Behandler wurde auf Schadenersatz verklagt.

SZEKELY führt dazu noch 18 Fälle an, die zu der damaligen Zeit in der Literatur des In- und Auslandes bekannt geworden sind. In den Tab.12 und 13 wird darüber eine Übersicht mit Angabe der Entfernungsart der Fremdkörper gegeben. Demgegenüber werden die Tab.12a und 13a gestellt, die Angaben über die Anzahl der verschluckten und aspirierten Fremdkörper in West-Berlin enthalten.

Tab.12: Aspirierte Fremdkörper (nach SZEKELY, 1928)
Korresp. bl.Zahnärzte

Art des Fremdkörpers		Broncho- skopie	Expekto- ration	Tracheo- tomie
Nervnadel	5	5 ¹⁾	-	-
Metallkrone	3	2	1	-
Zahn	2	1	1	-
Zahnwurzel	2	1 ²⁾	1	-
Zahnkrone	1	1	-	-
Zangenbacke	1	-	-	1
	14	10	3	1

1) erfolglos

2) nach 8 Wochen

Tab.12a: Verschluckte Fremdkörper (West-Berlin)			
Art des Fremdkörpers	Σ	Oesophagoskopie	Operation
Nervnadeln	2	1	1
Inlay	1	-	1
Flüssiger Kunststoff	1	-	1
	4	1	3

Tab.13: Verschluckte Fremdkörper (nach SZEKELY, 1928) Korresp.bl.Zahnärzte			
Art des Fremdkörpers	Σ	per vias naturales	erfolglose Operation
Beutelrock-bohrer	2	2	-
Nervnadeln	1	-	1
Kofferdam-Klemmer	1	1	-
	4	3	1

Tab.13a: Aspirierte Fremdkörper (West-Berlin)			
Art des Fremdkörpers	Σ	Bronchoskopie	Expektorations
Zähne	4	3	1
Nervnadeln	2	2	-
Wurzelrest	1	1	-
Inlay	1	1	-
	8	7	1

Wollte man die Tabellen miteinander vergleichen, so stößt man auf gewisse Schwierigkeiten; denn

1. wurde in Westberlin ein Zeitraum von zehn Jahren gewählt, bei SZEKELY fehlen genauere Zeitangaben;
2. wurden in Westberlin eigene Untersuchungen zugrunde gelegt, bei SZEKELY finden sich Angaben aus der gesamten damaligen Literatur.

Normalerweise gelangen aufgrund der anatomischen Gegebenheiten mehr Fremdkörper in den Verdauungskanal als in den Respirationstrakt. Daß im Schrifttum nach SZEKELY mehr aspirierte Gegenstände aufgeführt wurden, mag sich aus der Tatsache erklären, daß diese mehr Komplikationen herbeiführen als verschluckte Fremdkörper, die ohne operative Maßnahmen den Körper per vias naturales wieder verlassen können und somit gar nicht weiter bekannt werden.

Zur Vermeidung der genannten Komplikationen wurde häufig die Sicherung der Nervnadeln gefordert. Dem Anfänger fehlt die nötige Übung und Fingerfertigkeit zur Wurzelbehandlung mit der feinen Nadel und sollte nicht ohne Sicherung arbeiten. Der erfahrene Praktiker verzichtet jedoch in den meisten Fällen auf Kettchen oder Faden, um ungehinderter arbeiten zu können. Es hieße auch die Sorgfaltspflicht überspannen, verlange man immer die geforderten Sicherungsmaßnahmen (siehe hierzu PERRET (98), S.220).

Zu dieser Frage heißt es auch in dem Urteil des BGH vom 27.11.52 - VI ZR 25/52 - mitgeteilt in VersR 1953, S.67:

"... Herrscht aber Streit darüber, welches Maß von Vorsicht zur Verhütung von Schäden bei der Behandlung notwendig ist, so hat der Arzt im allgemeinen die größere Vorsicht zu beachten, wenn er nicht fahrlässig handeln will... Der Grad der anzuwendenden Sorgfalt ist nämlich nur nach einem objektiven Maßstab

zu bestimmen und zwar nach demjenigen, was der normale und gesunde Verkehr erfordert, ohne daß auf eingerissene Nachlässigkeiten und Unsitten Rücksicht zu nehmen ist. Deshalb kann auch der Arzt, wenn er die in seinem Tätigkeitsbereich erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen hat, sich nicht darauf berufen, daß er die übliche Sorgfalt angewendet habe. Aus der Tatsache, daß erfahrene Praktiker üblicherweise mit ungesicherten Nervnadeln zu arbeiten pflegen, kann zwar der Schluß gezogen werden, daß der Beklagte die in seinen Berufskreisen übliche Sorgfalt angewendet hat. Hierauf kommt es aber nicht entscheidend an. Maßgebend ist vielmehr, ob er die objektiv erforderliche Sorgfalt beobachtet hat."

Nach diesem Urteil haftet der Behandler auf Schadenersatz, wenn er aus Zeitgründen oder wegen der entstehenden Unbequemlichkeiten durch die Sicherungsmaßnahmen auf solche verzichtet, und der Patient eine Nervnadel daraufhin verschluckt oder einatmet.

Die Meinung, die das OLG Nürnberg in einem Urteil v.19.1.1953 - 2 U 22/52 - mitgeteilt in MDR 1953, S.483 - vertreten hat, scheint aber doch mehr den Anforderungen der täglichen Praxis angepaßt zu sein:

"... Wenn nach Ansicht des Gutachters den Zahnärzten hinsichtlich der Anwendung von Sicherungsmaßnahmen gewisse Zugeständnisse eingeräumt werden müssen, so kann nicht allein schon in der Anwendung kurzer Nervnadeln ohne Absicherung ein Verschulden des Zahnarztes erblickt werden. Er ist jedoch zu erhöhter Sorgfalt verpflichtet, wenn er eine Behandlungsmethode wählt, die eine größere Gefährdung des Patienten darstellt als die von der Wissenschaft geforderte... Es muß immer daran festgehalten werden, daß der Zahnarzt verpflichtet ist, bei der Behandlung die erforderliche Sorgfalt anzuwenden, die bei dem Gebrauch von kurzen Nervnadeln ohne Absicherung eine erhöhte ist. "

Unter ähnlichen Gesichtspunkten werden Schleifradschäden, die wesentlich häufiger auftreten, gesehen.

Das OLG Celle betrachtet in dem Urteil v.15.12.1937 - 6 U 125/37 - mitgeteilt in JW 1938, S.947 - das Abgleiten einer Schleifscheibe nur als mangelnde Sorgfalt. Es wird nicht die Anwendung eines Wangen- oder Zungenhalters, eines Scheibenschutzes oder die Zuziehung einer Hilfskraft bei den Schleifarbeiten verlangt, sondern vielmehr die nötige Vorsicht und Geschicklichkeit bei der Handhabung des Schleifwerkzeuges. Die Gefahren des Abrutschens des Steins und der unwillkürlichen Schluckbewegungen des Patienten seien bekannt und nicht auszuschließen. Die voraussetzende Kunst der Berufsausübung des Zahnarztes liege darin, auf die bekannten Gefahren Rücksicht zu nehmen und die Führung des Schleifsteins so zu beherrschen, daß die Arbeit sofort eingestellt werden könne. Größere Verletzungen durch die abgeglittene Scheibe seien vermeidbar, leichte Schnittwunden durch das Abrutschen bei ausreichender Sorgfalt aber unvermeidbar.

Das LG Karlsruhe vertritt dagegen die Ansicht (Urteil v.25.10.1954 - 4 C 162/52 - mitgeteilt v. VENTER (135)), daß Verletzungen auch ohne ein Verschulden des Zahnarztes möglich seien, vorausgesetzt, daß der Behandler mit den oben genannten Gefahren gerechnet und alle Sicherungsmaßnahmen angewandt habe.

Man kann jedoch nicht sagen, daß kleine Verletzungen unvermeidbar, größere aber zu verhindern sind und daher mangelnde Sorgfalt bedeuten. Es kommt hierbei sehr auf das Verhalten des Patienten an und natürlich auch auf die Geschicklichkeit und Erfahrung des Behandlers. Die "Präzision einer Maschine" kann man nach der RG-Entscheidung bekanntlich nicht von einem Arzt oder Zahnarzt verlangen.

Verzichtet ein Arzt auf Sicherungsmaßnahmen, so muß er aber erhöhte Aufmerksamkeit anwenden, dabei Wange und Zunge mit dem Mundspiegel, vorgelegtem Spatel oder Finger - eventuell unter Assistenz seiner Helferin - abhalten.

Trotz aller Sicherungen sind Verletzungen nie ganz ausgeschlossen, da bei den unwillkürlichen Schluckbewegungen des Patienten die Zunge über den Spiegel und dergleichen an die Scheibe gedrückt werden kann. Gegen derartige Verletzungen mit dem rotierenden Rad gibt es keinen absolut sicheren Schutz, weil letztlich auch hier gelten muß, daß die Hand des Zahnarztes nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeiten kann.

Stellt aber ein Patient nach solch einer Verletzung Schadenersatzansprüche, so wird gerichtlich meist dahingehend entschieden, daß der Zahnarzt für den entstandenen Schaden aufkommen muß, wenn er ohne Sicherungsmaßnahmen gearbeitet hat. In der Begründung des Urteils wird stets darauf hingewiesen, daß der Behandler mit reflektorischen Bewegungen des Patienten zu rechnen hat. ("erforderliche Sorgfalt" § 176 BGB).

In Fall Nr.7 (Exitus nach Schleifradverletzung) lag eine grobe Fahrlässigkeit vor. Daß die Patientin ad exitum kam, war vermutlich auf die Verletzung mit dem Tubus zurückzuführen, nicht auf die mit der Schleifradscheibe. Die Unterlagen sind auf nicht ganz eindeutige Weise abhanden gekommen. Soweit bekannt ist, hat der Tod der Patientin aber keine Schadenersatzansprüche nach sich gezogen.

Verschiedene Meinungen der Mediziner und der Juristen wurden ebenso bei der Frage des Zurücklassens eines Fremdkörpers - eines Tupfers, Drains oder Instrumentes - vertreten. SCHULZ (125) meinte dazu: "Nach Übereinstimmender Meinung der Mediziner ist es nicht mit Sicherheit auszuschließen, daß bei Operationen Fremdkörper in der Operationswunde zurückbleiben. Der gewissenhafteste Arzt kann sich gegen

das versehentliche Zurücklassen von Fremdkörpern nie völlig sichern." Die häufig vorgeschlagene Zählmethode wird auch hier - wie von den meisten Medizinern - abgelehnt.

Das Belassen eines Fremdkörpers wirkt allenfalls in der großen Chirurgie exkulpierend, wenn es sich um Notfallsituationen handelt, in denen die Gefahr des Verblutens größer ist als die Gefahr, die durch einen zurückgelassenen Tupfer eintritt. Eine Möglichkeit, sich vor solchen Mißgeschicken zu schützen, wäre die Dokumentation. Eingelegte Drains sind grundsätzlich immer nach außen abzusichern, damit sie nicht in die Wundhöhle gleiten können.

SCHULZ stimmt mit der Rechtsprechung insofern nicht völlig überein, als von den Juristen betont wird, daß die besondere Lage des Falles entscheidend sei. Zum Beispiel sah das RG in einem Urteil v.12.11.1925 es als einen entschuldbaren "Notstand" an, wenn "nicht vorhersehbare Zwischenfälle die ganze Aufmerksamkeit beanspruchen können und das Übersehen eines Fremdkörpers als entschuldigbar erscheinen läßt".

Eine Häufigkeitsziffer zurückgelassener Fremdkörper hat PERRET (98, S.73) nach den im Schrifttum gesammelten Fällen zusammengestellt. Danach hat "v.HABERERS, der als Meister operativer Kunst gilt, bei von ihm selbst ausgeführten 8343 großen Operationen in sechs Fällen einen Fremdkörper unbeabsichtigt zurückgelassen. GULECKE schätzte das Verhältnis 1:2000-5000, RUPPRECHT nahm 1:3000, CAHN dagegen 1:1000 an. Von 235 von GOERLICH beschriebenen Fällen waren es in 165 Fällen Tupfer, Kompressen etc., in 43 Fällen Instrumente".

Diese Zahlen aus der großen Chirurgie sind schon Einzelfälle, in der Zahnmedizin ist die Zahl zurückgelassener Gegenstände noch geringer, da die Notfallsituation - Narkosezwischenfälle, Gefahr des Verblutens - bei zahnärztlichen Eingriffen seltener sind.

Daß auch hier nicht jeder Fall bekannt wird, mag verständliche Gründe haben.

Es gibt aber auch andere Komplikationen, die völlig unvermeidbar sind. Zu denken ist dabei an die Perforation der Kieferhöhle bei einer Zahnextraktion. Rein durch die anatomische Lage eines Zahnes, dessen Wurzeln bis an den Boden oder sogar in das Antrum hineinreichen, so daß nur eine dünne Knochenlamelle die Mundhöhle von der Kieferhöhle trennt, ist es - trotz Beachtung aller Regeln - nicht zu umgehen, daß bei der Extraktion das Antrum eröffnet wird. Doch dieses Mißgeschick ist als solches nicht als Behandlungsfehler zu werten, sondern das Nichterkennen der Komplikation und die Unterlassung der weiteren Versorgung der Wunde. Diese hat zu bestehen in einer primären Plastik, oder der Patient muß an einen Facharzt überwiesen werden.

Wird ein Zahn perforiert, so ist auch dies nicht grundsätzlich als Verschulden anzusehen. Als unvermeidbar kann sie bei den bereits genannten anatomischen Gegebenheiten sein, doch bei geradezu einwurzeligen Zähnen ist es zu verhindern. Das in Fall Nr.16 beschriebene Vorgehen ist als grobe Fahrlässigkeit zu beurteilen. Drei Zähne wurden perforiert und dennoch wurde anschließend eine Brücke einzementiert. Zudem wurden bei der bald notwendig-gewordenen Nachbehandlung wiederum zwei Zähne perforiert, nicht aber der vorher schon belassene Wurzelrest entfernt. Die Kosten der nun hergestellten Brücke gingen zu Lasten des Behandlers.

Anders lagen die Verhältnisse in Fall Nr.17. Dort wurde zwar ebenfalls eine via falsa gesetzt, doch handelte es sich hier um einen Molaren mit abgebogenen Wurzeln. Die Aufbereitung des Pulpenkanals geschah mit dem Beutelrockbohrer als letzte Möglichkeit, um eine Extraktion zu vermeiden. Eine Nachbehandlung unterblieb wegen persönlicher Auseinandersetzungen zwischen den Parteien.

Wenn die Behandelte drei Jahre lang die Schmerzen ertragen konnte, können sie nicht allzu intensiv gewesen sein. Die Folgeerscheinungen wären wahrscheinlich auch ohne die Perforation aufgetreten; sie bewirkte allerdings eine Verschlimmerung des Zustandes.

Die via falsa wurde nicht als Verschulden angesehen wegen bereits vorher bestandener krankhafter Erscheinungen und wegen der röntgenologisch nachgewiesenen anatomisch schwierigen Verhältnisse. Im Schlußurteil des Landgerichts wurde die Klage abgewiesen.

Bei abgebrochenen und dann zurückgelassenen Wurzelresten ist der Sachverhalt ähnlich. Der Abbruch der Zahnwurzel bei der Extraktion ist in den meisten Fällen unvermeidbar; doch das Belassen des Fragmentes im Kiefer ist nicht zu entschuldigen.

In Fall Nr.1 entwickelte sich eine Parotitis aufgrund einer zurückgelassenen Weisheitszahnwurzel. Nach Aussage des Gutachters ist es dem Behandler nicht zum Vorwurf zu machen, daß eine Zahnwurzel abbricht, da so ein Zwischenfall unvermeidbar sein kann. Der Zahnarzt hätte jedoch den extrahierten Zahn sorgfältig auf seine Vollständigkeit hin überprüfen müssen.

In diesem Fall wurde sogar eine ganze Zahnwurzel übersehen. Der Fall wurde durch außergerichtlichen Vergleich geregelt.

4. Beweislast

Diese trifft nach allgemeinen, teilweise sehr komplizierten Regeln denjenigen, der der Anspruch geltend macht, d.i. der Patient. Er hat den Vertragsschluß darzutun, den Schaden und das Verschulden des Zahnarztes, also alles das, was seinen Anspruch begründet. Die Verteidigung des Zahnarztes kann in jedem Punkt der Anspruchsbegründung ansetzen; Erfolg wird sie aber regelmäßig nur dann haben, wenn er darlegt, daß ihn kein Verschulden trifft oder daß dem Patienten ein Mitverschulden nachzuweisen ist, was die Höhe der Ersatzpflicht mindert; § 254:

Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt, so hängt die Verpflichtung zum Ersatz sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder dem anderen Teil verursacht worden ist.

Dies gilt auch dann, wenn sich das Verschulden des Beschädigten darauf beschränkt, daß er unterlassen hat, den Schuldner auf die Gefahr eines ungewöhnlich hohen Schadens aufmerksam zu machen, die der Schuldner weder kannte noch kennen mußte, oder daß er unterlassen hat, den Schaden abzuwenden oder zu mindern. Die Vorschrift des § 278 findet entsprechende Anwendung.

In Fall Nr.6 (zurückgelassener Drain in der Abszeßhöhle) könnte ein Mitverschulden angenommen werden. Es konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, daß der Streifen anfangs durch eine Sicherheitsnadel gehalten wurde. Da die Patientin oft selbst den Verband wechselte, darf davon ausgegangen werden, daß sie das lästige Ende dabei entfernt hat. Der Fall wurde außergerichtlich geregelt, der Patientin wurden die Mehrkosten der zusätzlichen Behandlung erstattet.

Hätte die Patientin in Fall Nr.15 (verschlucktes Inlay gelangte in den Appendix) die Anweisungen des Behandlers, sich ruhig zu verhalten solange das Inlay auf der Zunge lag, befolgt, so wäre es wohl nicht in den Verdauungskanal gelangt. Auch die spätere Empfehlung, Sauerkraut zu essen, beachtete die Kranke nicht, sondern sie nahm stattdessen Rizinusöl ein.

In diesem Fall beschuldigte man die Patientin auch, falsche Angaben gemacht zu haben; denn als sie behauptete, sie spüre einen Fremdkörper im Hals, war das Inlay laut Röntgenbild bereits im Magen. Als sie es im Magen zu spüren glaubte, war es röntgenologisch im Darm zu sehen, wo es völlig reaktionslos verblieb.

Die operative Entfernung des Appendix wurde auf Drängen der Patientin durchgeführt. Sie ließ sich auf die 2.-Klasse-Station legen, obwohl sie als AOK-Mitglied keinen Anspruch darauf hatte; auch ließ sie die Operation vom Chefarzt vornehmen.

Der pathologische Befund ergab eine chronische Appendicitis im Narbenstadium ohne kausalen Zusammenhang mit dem verschluckten Inlay. Der Zahnarzt wurde nicht haftpflichtig gemacht.

5. Umfang der Ersatzpflicht

Der Ersatzpflichtige hat den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Schadenersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre, § 249. Er hat mithin den unmittelbaren und den Folgeschaden zu ersetzen. Die nähere Regelung ergibt sich aus §§ 251, 252.

§ 251: Soweit die Herstellung nicht möglich oder zur Entschädigung des Gläubigers nicht genügend ist, hat der Ersatzpflichtige den Gläubiger in Geld zu entschädigen.

Der Ersatzpflichtige kann den Gläubiger in Geld entschädigen, wenn die Herstellung nur mit unverhältnismäßigen Aufwendungen möglich ist.

§ 252: Der zu ersetzende Schaden umfaßt auch den entgangenen Gewinn, welcher nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge oder nach den besonderen Umständen, insbesondere nach den getroffenen Anstalten und Vorkehrungen, mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden konnte.

Unter den Begriff des "entgangenen Gewinns" fällt auch der durch Arbeitsausfall entstandene Schaden. Drittschäden, z.B. der Schaden, den der Arbeitgeber des Patienten dadurch erleidet, daß sein Arbeitnehmer fehlt, fallen nicht darunter. Gleichwohl kann dies beträchtlich sein.

B Haftung aus unerlaubter Handlung

Neben der Vertragshaftung dürfte sich für den Zahnarzt regelmäßig eine Haftung aus unerlaubter Handlung nach den §§ 823ff BGB ergeben. Die Grundnorm, § 823 Abs.1 lautet:

Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Nach dieser Vorschrift ist der Zahnarzt mithin dann zum Ersatz eines von ihm verursachten Schadens verpflichtet, wenn er das Leben, die Gesundheit, den Körper eines seiner Patienten widerrechtlich und schuldhaft verletzt.

Hier sind einige Begriffe zu erläutern:

1.Kausalzusammenhang

Ursächlich für einen Schaden ist jede Handlung, die mit der Schadenssetzung in einem adäquaten Zusammenhang steht (RG 155, 41). Adäquat ist eine Bedingung für den schädigenden Erfolg dann, wenn die Möglichkeit des spezifischen Schadenseintrittes infolge der Bedingungssetzung nicht derart fernliegend gewesen ist, daß sie nach der allgemeinen Lebenserfahrung vernünftigerweise außer Betracht bleiben kann (vgl. RG SeuffA 63, 263; 64, 18). Nach PALANDT (BGB, Vorbem. § 249, Anm.5) gelten nur die Bedingungen nicht als Ursache, "die nach der allgemeinen Lebenserfahrung für den Eintritt eines solchen Erfolges ganz gleichgültig sind. D.h. die Eintrittsmöglichkeit darf nicht außerhalb aller Wahrscheinlichkeit liegen."

Verletzung des Lebens bedeutet schlicht Tötung (RG 69,340). Gesundheitsverletzung ist nach std.Rspr. jede Störung der inneren Lebensvorgänge.

Körperverletzung endlich ist jeder äußere Eingriff in die körperliche Unversehrtheit; auch dies ist std.Rspr.

Diesen Definitionen ist zu entnehmen, daß nahezu jeder Eingriff des Zahnarztes eine Körperverletzung bzw. Gesundheitsschädigung des Patienten im Sinne § 823, Abs.1 darstellt. Das traf natürlich auf heftigen Widerspruch seitens der Ärzte, die mit Mördern und Messerstechern auf eine Stufe gestellt werden sollten.

Doch die Juristen haben diese Ansicht aus dem Grunde vertreten, um das Selbstbestimmungsrecht des Menschen zu wahren, das in Art. 2, Abs.1 des GG festgelegt ist. Durch den § 823, Abs.1 BGB wird der Patient vor eigenmächtigen Heilbehandlungen geschützt; der Arzt braucht für seinen Eingriff einen Rechtfertigungsgrund, der ihm durch die Einwilligung des Patienten gegeben ist.

Freilich muß, damit eine Ersatzpflicht ausgelöst wird, Schuldhaftigkeit und Widerrechtlichkeit des Eingriffes hinzukommen.

Schuldhaft handelt, wer fahrlässig oder vorsätzlich handelt. Hinsichtlich der Fahrlässigkeit gilt im Großen und Ganzen, was bei der positiven Forderungsverletzung hierzu entwickelt wurde. Der Vorsatzbegriff im Sinne § 823 Abs.1 deckt sich nicht ganz mit dem strafrechtlichen Vorsatzbegriff, der nach ganz übereinstimmender Auffassung als wissentliche und wollentliche Tatbestandsverwirklichung bestimmt wird. Da aber nach § 823 Abs.2 für die Ersatzpflicht die Körperverletzungsvorschriften des StGB §§ 223ff eine erhebliche Rolle spielen, der Unterschied der Vorsatzbegriffe für die zahnärztliche Haftung ohnehin also kaum je tragend werden dürfte, kann eine Differenzierung der Vorsatzbegriffe außer Betracht bleiben.

Da nun aber der Zahnarzt bei seinen Eingriffen immer wissentlich und wollentlich handelt, führt er seine Eingriffe auch vorsätzlich aus. Damit sind bei jedem gewöhnlichen Eingriff bereits zwei Merkmale einer unerlaubten Handlung gegeben, nämlich die Tatbestandsmäßigkeit und die Vorsätzlichkeit.

Eine Schadenersatzpflicht tritt regelmäßig nur deshalb nicht ein, weil es, sofern ein Schaden entstand, allgemein an der Widerrechtlichkeit der Schadenszufügung fehlt.

Nun ist aber zu beachten, daß das Gesetz von der Widerrechtlichkeit jeder in § 823 umschriebenen Rechtsgutverletzung ausgeht; man spricht auch von der "rechtswidrigkeitsindizierten Wirkung der Tatbestandsmäßigkeit"; mit einfacheren Worten: die Tatbestandsverwirklichung ist immer dann auch rechtswidrig, wenn die Rechtswidrigkeit nicht ausnahmsweise durch einen Rechtfertigungsgrund ausgeschlossen wird,

2. Einwilligung

Als Umstand, der die Rechtswidrigkeit ausschließt, kommt im Zahnarzt-Patientenverhältnis die Einwilligung des Patienten in Betracht. Soweit diese reicht, schließt sie, nach dem Grundsatz *volenti non fit iniuria*, die Rechtswidrigkeit und folglich eine Ersatzpflicht des Zahnarztes aus. Der Einwilligung des Patienten kommt daher außerordentliche Bedeutung zu.

Ihre Wirksamkeit hat drei Voraussetzungen:

a) die Einwilligung muß frei von Willensmängeln zustande gekommen sein. Bei Geschäftsbeschränkten ergeben sich nach der std.Rspr.des BGH insoweit keine Bedenken, als der Geschäftsbeschränkte aufgrund seiner sittlichen Reife und Einsichtsfähigkeit die Tragweite des Eingriffes zu überschauen vermag. (BGH, Urteil v.5.12.1958; NJW 811, 1959). Im übrigen muß der Patient soweit informiert sein, daß er die nicht ganz fernliegenden Risiken des Eingriffes übersieht. Im allgemeinen pflegt der Patient die Gefahren eines zahnärztlichen Eingriffes zu kennen; eine besondere Aufklärung ist nur bei außergewöhnlichen Fällen erforderlich.

BGH, Urteil v.11.2.1964 in VersR 15, 614, 1964:

Der Kranke hat das Recht, daß er nicht nur die Risiken der vorhergesehenen Behandlungsart erfährt, sondern daß ihm auch die Erfolgsaussichten und Schwierigkeiten anderer Methoden dargelegt werden, um danach sich für die eine oder andere frei zu entscheiden.

b) Der Eingriff muss indiziert sein. Bei kosmetischen Behandlungen ist dies - streng medizinisch gesehen - nicht immer der Fall. Hier ist m.E. von den Wünschen des Patienten auszugehen und das zu tun, was zur Erfüllung der Patientenvorstellungen angezeigt ist. Doch ist bei kosmetischen Eingriffen geboten, auch auf ferner liegende Risiken aufklärend hinzuweisen.

c) Der Eingriff muß lege artis durchgeführt werden. Dies ist er nicht, wenn der Behandler gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst verstößt; hier berührt sich die unerlaubte Handlung mit der Rechtsfigur der positiven Forderungsverletzung.

Koblenz, Urteil v.21.3.1961 - VI ZR 143/60 - :

"Die rechtfertigende Wirkung der Einwilligung des Patienten in einen vorzunehmenden Eingriff beschränkt sich auf die unvermeidlichen Folgen einer ordnungsgemäß durchgeführten Therapie, erstreckt sich also nicht auf Kunstfehler des operierenden Arztes."

Ist die Einwilligung mangelhaft, so deckt sie den Eingriff nicht und schließt demzufolge auch dessen Rechtswidrigkeit nicht aus. Soweit ein Schaden entstanden ist, ergibt sich gegen den Zahnarzt ein Ersatzanspruch.

Nach § 823 Abs.2 trifft denjenigen, der gegen ein zum Schutze eines anderen erlassenes Gesetz verstößt, die gleiche Schadenersatzverpflichtung wie nach Abs.1 der Vorschrift.

Abs.2 lautet:

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

Schutzgesetze i.S.der Vorschrift sind insbesondere die §§ 223 ff StGB (Körperverletzungstatbestände). Soweit diese gegeben sind, ist eine Ersatzpflicht nach Abs.2 stets begründet; im übrigen gilt für die Strafrechtstatbestandserfüllung hinsichtlich Tatbestandsmäßigkeit, Rechtswidrigkeit und Schuld Entsprechendes wie zu § 823 Abs.1 dargelegt.

3. Umfang der Ersatzpflicht

Der Umfang der Ersatzpflicht ist grundsätzlich der gleiche, wie bei der positiven Vertragsverletzung. Ansprüche, die über den materiellen Schadenersatz hinausgehen, ergeben sich für den Patienten aus den § 844 und § 847 Abs.1. Die Vorschriften lauten:

§ 844, Abs.1: Im Falle der Tötung hat der Ersatzpflichtige die Kosten der Beerdigung demjenigen zu ersetzen, welchem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

§ 847, Abs.1: Im Falle der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie im Falle der Freiheitsentziehung kann der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen. Der Anspruch ist nicht übertragbar und geht nicht auf die Erben über, es sei denn, daß er durch Vertrag anerkannt oder daß er rechtshängig geworden ist.

"Die Höhe dieses sog. Schmerzensgeldes richtet sich in erster Linie nach der Dauer und Heftigkeit der erlittenen psychischen und physiologischen Störungen. Ob andererseits auch die Vermögensverhältnisse des Geschädigten und insbesondere die des Schädigers dabei zu berücksichtigen sind, ist bis zu einem gewissen Grade strittig. Doch haben zwei Urteile des BGH v. 29.2.1952 (NJW 99, 1953) und vom 10.4. 1954 (NJW 1034, 1954) weitgehende Klärung gebracht." (VENTER, 135). Jedenfalls bleiben die Vermögensverhältnisse des Schuldners unberücksichtigt.

Die obenerwähnten Ansprüche sind gemäß § 253 nur aus einer unerlaubten Handlung, nicht jedoch auch aus positiver Forderungsverletzung herleitbar.

4. Beweislast

Hinsichtlich der Beweislast kommen dem Patienten bei Ansprüchen aus §§ 823ff die Regeln des prima facie - bzw. Anscheinsbeweises zustatten. Weisen nach der Lebenserfahrung gewisse typische Geschehensabläufe auf eine bestimmte Ursache hin, so wird nach diesen Beweisregeln die Existenz der Ursache vermutet. Sache des Zahnarztes ist es dann, diese Vermutung zu widerlegen.

BGH, Urteil v. 21.12.1955 - VI ZR 127/55 - (mitgeteilt in NJW 1835, 1956)

BGB §§ 611, 823; ZPO §§ 282, 286

"a) Hat der Arzt einen Behandlungsfehler verschuldet, der nach medizinischer Erfahrung typischerweise die eingetretene Schädigung zur Folge hat, oder hat die ärztliche Behandlung einen Schaden zur Folge, der auf einen schuldhaften Behandlungsfehler zurückzuführen ist, so greifen die Grundsätze des Anscheinsbeweises ein. Der Arzt muß alsdann Tatsachen beweisen, die die Möglichkeit eines anderen Zusammenhangs in ernste Betrachtung rücken.

b) Hat der Arzt fahrlässig oder grob leichtfertig eine Gefahr für den Patienten herbeigeführt, die den Umständen nach geeignet ist, gerade den Schaden herbeizuführen, der eingetreten ist, dann kehrt sich die Beweislast für die Ursächlichkeit um. Der Arzt muß beweisen, daß der schädigende Erfolg nicht auf sein grob leichtfertiges Verhalten zurückzuführen ist." (Bestätigung v.RGZ 171, 168)

In seiner jüngsten Entscheidung zur Beweislast, Münch.med. Wschr.110, Nr.33, hat der BGH die Anwendung der Regeln des prima-facie-Beweises erneut dahin interpretiert, daß jedenfalls nicht grundsätzlich eine Umkehr der Beweislast bei einer Schädigung des Patienten durch einen Kunstfehler des Arztes stattfindet sondern nur dann, wenn der Behandlungsfehler durch leichtfertigen oder groben Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst eine Gefahr für den Patienten hervorgerufen hat. Dieser Entscheidung ist zuzustimmen.

Häufig treffen die Ansprüche aus positiver Forderungsverletzung mit denen aus unerlaubter Handlung zusammen; der Patient kann dann aus beiden Anspruchsgrundlagen klagen. Selbstverständlich kann er seinen Schaden nur einmal ersetzt verlangen: Wird der eine Anspruch befriedigt, so erlischt auch der andere.

5. Verjährung

Die Verjährung der Ansprüche aus den §§ 823ff tritt gemäß § 852 Abs.1 nach drei bzw. 30 Jahren ein. Die Vorschrift lautet:

Der Anspruch auf Ersatz des aus einer unerlaubten Handlung entstandenen Schadens verjährt in drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und von der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt, ohne Rücksicht auf diese Kenntnis in 30 Jahren von der Begehung der Handlung an.

Aus dem Untersuchungsmaterial war in den meisten Fällen nicht zu erkennen, in welchen Fällen die Patienten welche Ansprüche geltend gemacht hatten.

Eine unerlaubte Handlung kann sowohl durch Tun als auch durch Unterlassen begangen werden. Das Unterlassen kann freilich nur dort eine Schadenersatzforderung begründen, wo eine Pflicht zum Tätigwerden für den Unterlassenden bestand. Rechtsprechung und Rechtslehre nehmen eine Garantenstellung (= Verpflichtung zum Tätigwerden) u.a. aus Vertrag und aus vorangegangenen Tun an. Die Garantenstellung dürfte mithin für den Zahnarzt nun gegeben sein, folglich auch eine Haftung aus Unterlassen.

Soweit die Fälle nicht bereits eingeordnet sind, dürften sie sich mutmaßlich wie folgt beurteilen:

Keine Haftung:

1. Mangelnde Kausalität
Fall: 4,5,28,29
2. Kein Verschulden
Fall: 3,10,19,21 (unvorhersehbar; unerlaubte Handlung scheitert deshalb, weil Körperverletzungsvorsatz von der Einwilligung gedeckt und hinsichtlich der Tötung kein Vorsatz vorlag),
22, 31 (in beiden Fällen wahrscheinlich)

Haftung:

1. unerlaubte Handlung
Fall: 13
2. pos.Forderungsverletzung und unerlaubte Handlung
Fall: 2,12,14,18,19 (nur die Weiterbehandlung),
20,23,24,25,26,27
3. pos.Forderungsverletzung und unerlaubte Handlung durch Unterlassen
Fall: 11,32

IV. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit sollte gezeigt werden, welche Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung auftreten können, wie zahlreich sie sind und welche Ersatzansprüche sie nach sich ziehen.

Nachforschungen wurden anhand von Gutachten und Operationsberichten aus den Jahren 1957-1967 an West-Berliner Kliniken und Haftpflichtversicherungen und anhand von Gutachten der Allianz-Versicherung aus der gesamten Bundesrepublik angestellt. Die Zahl der Fälle, deren Sachverhalt genauer bekannt wurde, belief sich auf 389; davon waren 56 aus West-Berlin. 32 Fälle wurden in dieser Arbeit beispielhaft zum jeweiligen Kapitel angeführt.

Die Sorgfaltspflichten des Zahnarztes wurden erläutert. Dabei wurde dargelegt, daß nicht allen Zwischenfällen ein Verschulden des Behandlers zugrunde liegt; eine Mundhöhlen-Antrum-Verbindung z.B. oder das Abbrechen einer Zahnwurzel bei der Extraktion können unvermeidbar sein. Wenn es dennoch zu Schadenersatzansprüchen der Patienten kommt, so scheint das vorwiegend an dem Nichterkennen des Zwischenfalls, an der unzureichenden Weiterbehandlung oder an der versäumten Überweisung des Patienten an einen Facharzt zu liegen.

In den in Berlin ermittelten Zwischenfällen wurde kein Zahnarzt strafrechtlich zur Verantwortung gezogen; dies ergibt sich aus Tab.8; sämtliche wurden allein auf zivilrechtlichem Wege geregelt, teils gerichtlich, teils außergerichtlich. In nahezu der Hälfte aller Fälle wurden Ansprüche entweder gar nicht erst gestellt oder später fallengelassen.

Zahlreiche Komplikationen lassen sich vermeiden, wenn sich der Zahnarzt nicht darauf beschränkt, die übliche Sorgfalt anzuwenden. Vielmehr ist, um nicht fahrlässig zu handeln, das erforderliche Maß an Sorgfalt notwendig, wie es im Fahrlässigkeitsbegriff des § 276 BGB zum Ausdruck kommt.

So wurden in der vorliegenden Arbeit anhand der Begriffe

A) Haftung aus Vertrag

B) Haftung aus unerlaubter Handlung

die zivilrechtlichen Folgen von Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung konkretisiert.

V. ABBILDUNGEN

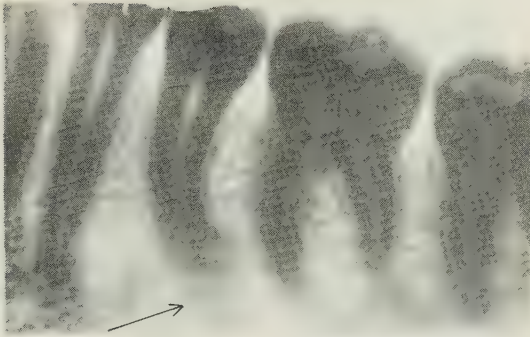


Abb.1 zu S.13: Hyperzementose/5



Abb.2 zu S.16: Kieferhöhlenperforation

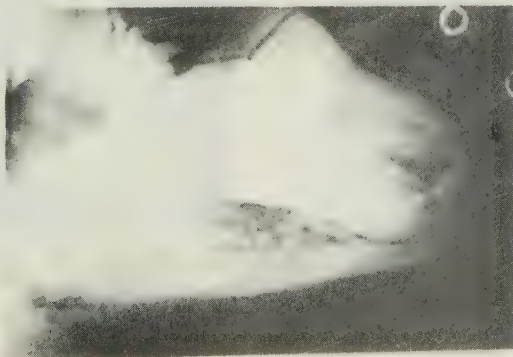


Abb.3 zu S.18: Wurzeln des $\overline{8}$ reichen
bis in den canalis alveolaris
mandibularis

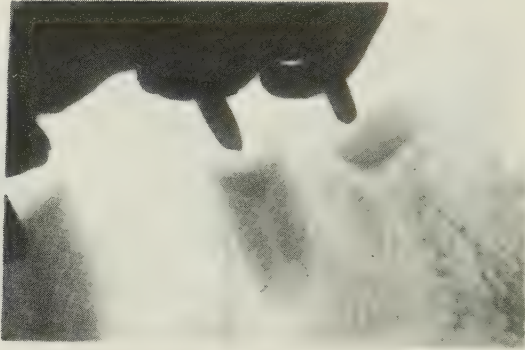


Abb.4 zu S.26: Mangelhafte Stiftverankerung



Abb.5 zu S.34: Aspirierte
Nervnadel

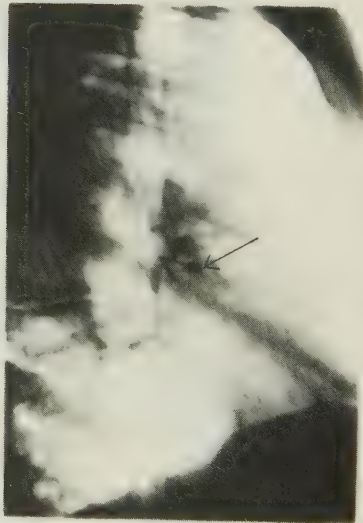


Abb.6 zu S.34: Aspirierte
Nervnadel

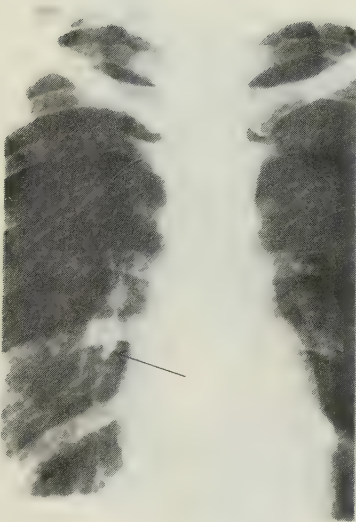


Abb.7 zu S.35: Aspirierter
Wurzelrest

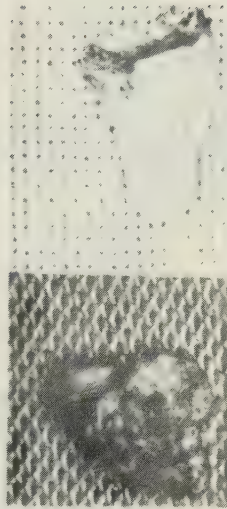


Abb.8 zu S.35: Entfernter
Wurzelrest

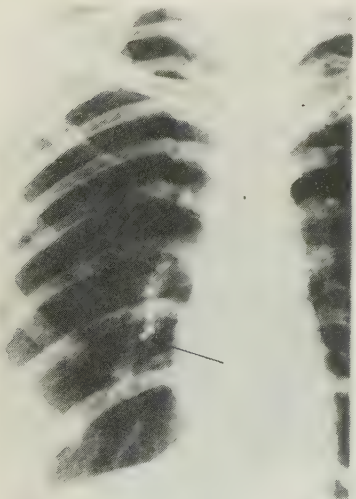


Abb.9 zu S.35: Aspiriertes
Inlay

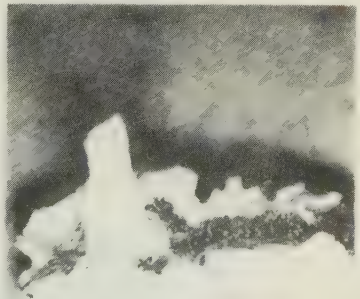


Abb.10 zu S.35: Entferntes
Inlay



Abb.11 zu S.36: Wurzel - Perforation eines oberen Molaren



Abb.12 zu S.36: Wurzel-Perforation eines unteren Praemolaren



Abb.13 zu S.36: Abgebrochenes Instrument im Wurzelkanal

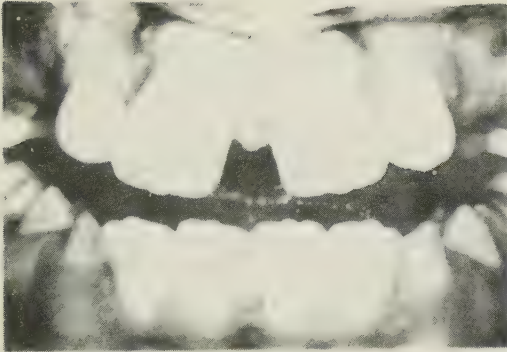


Abb.14 zu S.45: Diastema mediale nach
Behandlung mit ungesicherten Gummiringen

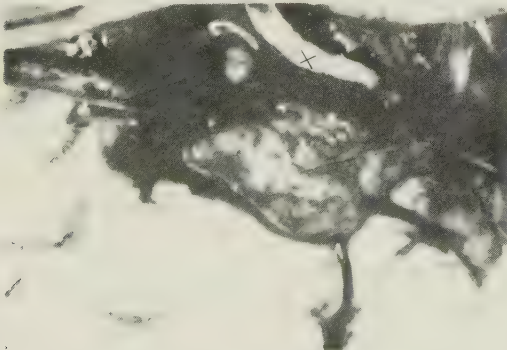


Abb.15 zu S.45: Operative Entfernung
der Gummiringe



Abb.16 zu S.45: Einer der entfernten
Gummiringe

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. Alte, A.:
Handbuch der wissenschaftlichen und
gerichtlichen Zahnheilkunde
Berlin, 1930
2. Amoedo, O.:
Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen
Medizin
Berlin 1930
3. Asanger, R.:
Die rechtlichen Grundlagen der gesetzlichen
Unfallversicherung in der BRD
in LOB, A.: Handbuch der Unfallbegutachtung,
Bd.I, Enke Verlag Stuttgart, 1961
4. Bockelmann, P.:
Strafrecht des Arztes
in PONSOLD, A.: Lehrbuch der gerichtlichen
Medizin
Thieme Verlag Stuttgart, 1967
5. Bockelmann, P.:
Einführung in das Recht
Piper Verlag München, 1963
6. Bockelmann, P.:
Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen
der ärztlichen Aufklärungspflicht
NJW 1961, 945
7. Bohne, E., Euler, H., Venter, H.:
Forensische Zahnheilkunde
München, 1956
8. Brauer, R.:
Über Zufall in forensischer Sicht
Die Quintessenz 3, 1386, 1960
9. Burmester, H.:
Die Haftpflicht des Arztes und der
Krankenanstalt
Hamburg, 1957
10. Chiri, A., d'Agostino, A.:
Problemi di anaestesia nella pratica
odontostomatologica
Minerva stomat., Torino 12, 378 , 1963

11. Chomse, H.:
Schmerzensgeld, Entscheidungen von 50-50000
Kohlhammer Verlag Stuttgart, 3.Aufl., 1958
12. Dettling, J.; Schönberg, S., Schwarz, F.:
Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und
naturwissenschaftlichen Kriminalistik
J.Springer Verlag Berlin, 1940
13. Dettling, J., Schönberg, S., Schwarz, F.:
Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin
S.Karger Verlag Basel, 1951
14. Dürwald, W., Hering, W., Hunger, W.:
Gerichtsmedizinische Probleme und Begut-
achtungen
in Schiller-Weigel, Taschenbuch der ärztlichen
Begutachtungen.
VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 2.Aufl., 1964
15. Duggen, G.:
Der sogenannte Kunstfehler in der chirurgischen
und konservierenden Zahnheilkunde
Med.Diss., Kiel, 1955
16. Ebermayer, L.:
Die zivil- und strafrechtliche Verantwortlich-
keit des Arztes für Kunstfehler
G.Thieme Verlag Leipzig, 1918
17. Ebermayer, L.:
Arzt und Patient in der Rechtsprechung
Mosse Verlag Berlin, 1925
18. Ebermayer, L.:
Rechtsfragen aus der zahnärztlichen Praxis;
Haftung für Kunstfehler
in Misch, Fortschritte III, Teil I, 1085
Leipzig, 1927
19. Ebermayer, L.:
Rechtsfragen aus der zahnärztlichen Praxis;
Haftung für Kunstfehler
in Misch, Fortschritte IV, Teil I, 1073
Leipzig, 1928
20. Ebermayer, L.:
Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis
Dtsch.Med.Wschr.37, 1576, 1930
21. Ebermayer, L.:
Der Arzt im Recht
G.Thieme Verlag Leipzig, 1930

22. Eisser, G.:
Zivilrechtsfragen in der zahnärztlichen Praxis;
Der Zahnarzt und seine Patienten
in Misch, Fortschritte V, Teil I, 1077
Leipzig, 1928
23. Eisser, G.:
Bürgerliches Recht in der Zahnheilkunde;
Der Zahnarzt und seine Patienten
in Misch, Fortschritte IX, Teil I, 1007
Leipzig, 1933
24. Engisch, K.:
Die rechtliche Bedeutung der ärztlichen Operation
in Stich-Bauer, Fischer Verlag Jena, Bd.II,
1324-1352, 1954
25. Feldmayer, J.:
Zwischenfälle in der Chirurgie des praktischen
Zahnarztes und die Frage der Fahrlässigkeit
Med.Diss. München, 1954
26. Feudell, P.:
Kritische Bemerkungen zur Haftpflicht des Arztes
Das dtsh.Gesundheitswesen 41, 1353-1356,
Leipzig, 1955
27. Fischer, A.W.:
Über das Schmerzensgeld (vom Standpunkt des Arztes)
Nach einem Vortrag im Ärztl.Verein Frankfurt am
Main am 2.5. 1932
Die Med.Welt, 1396-1397, 1932
28. Fischer, W.:
Das Verschlucken und Aspirieren von zahnärzt-
lichen Kleininstrumenten, insbesondere Nervnadeln
Med.Diss., Marburg, 1955
29. Friedrich, M.:
Die Aufklärungspflicht des Arztes
VersR.7, 1954
30. Gerke, J.:
Ursache des Injektionsnadelbruchs und Vor-
schläge zu seiner Verhütung
Zahnärztl.Rundschau 11, 164-166, 1947
31. Göppinger, H.:
Arzt und Recht
Beck Verlag München, 1966
32. Goldhahn, R., Hartmann, W.:
Chirurgie und Recht
S.102, Stuttgart, 1937

33. Goldmann, V.:
Death under anaesthesia in the dental surgery
Brit.Dent.J. 105, 160, 1958
34. Graefe; Clauss:
Arzt und Körperverletzung
JR 254, 1962
35. Günther, H.:
Schmerzensgeld
G.Thieme Verlag Stuttgart, 1964
36. Gulecke, N.:
Allgemeines über den ärztlichen Kunstfehler
in Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen
I, 583, München, 1955
37. Hallermann, W.:
Forensische Fragen in der Zahnheilkunde
Dtsch.zahnärztl.Zschr.5, 582-587, 1950
38. Hallermann, W.:
Grundsätzliches und Allgemeines zur Frage
des zahnärztlichen Kunstfehlers
Dtsch.zahnärztl.Zschr.23, 1690-1697, 1955
39. Hallermann, W.:
Zwischenfälle und Kunstfehler im Krankenhaus
Der Internist 6, 301-309, 1965
40. Hammer, H.:
Forensische Fragen in der zahnärztlichen
Chirurgie
Dtsch.zahnärztl.Zschr. 10, 1709-1729, 1955
41. Harnisch, H.:
Kieferhöhlen-Komplikationen bei operativen
ärztlichen Eingriffen.
Zahnärztl.Praxis 12, 535, 1952
42. Hauser, P.:
Nekrosen nach örtlicher Betäubung ein Kunst-
fehler?
Dtsch.zahnärztl.Zschr.10, 1751-1752, 1955
43. Hausser, E.:
Forensische Fragen der Kieferorthopädie
Dtsch.zahnärztl.Zschr.10, 1728-1735, 1955
44. Helbig, K.:
Trägt der Zahnarzt Schuld am Kanülenbruch?
Dtsch.Zahnärztebl.16, 503, 1960
45. Henkel, W.:
Die Haftpflicht des Arztes im Spiegel der
Rechtsprechung
Ärztl.Mitteilungen 38, 600, 1953
VersR. 1953, 303-306

46. Herold, G.:
Haftung des Zahnarztes für nachträglich fest-
gestellte Mängel bei Zahnersatz
Zahnärztl.Praxis 9, 163, 1958
47. Herold, G.:
Zur Rechtsnatur des prothetischen Behandlungs-
vertrages
Zahnärztl.Praxis 23, 279, 1962
48. Herold, G.:
Neue Gerichtsentscheidungen zur Arzthaftpflicht
Med.Klinik 58, 147-148, 1963
49. Herrmann, M.:
Forensische Folgen nach lokaler Betäubung
Zahnärztl.Praxis 6, 63, 1959
50. Hoenig, H.:
Aus der zahnärztlichen Gutachtertätigkeit
Dtsch.zahnärztl.Wschr.12, 271, 1935
51. Hohlfeld, R.A.:
Komplikationen bei der Lokalanaesthesie
Med.Mschr.Stuttgart 10, 503, 1956
52. Hübner, A., Drost:
Ärztliches Haftpflichtrecht
Springer Verlag Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1955
53. Hübner, A., Warneier, O.:
Haftpflichtfälle aus der ärztlichen Praxis
in juristischer Beleuchtung
Springer Verlag Berlin, 1938
54. Hügin, W.:
Die Verhütung einer tödlichen Aspiration
in die Luftwege bei der Narkose
Dtsch.Med.Wschr.82, 2213, 1957
55. Jaspers, K.:
Die Idee des Arztes
Vortrag auf dem Schweizer Ärztetag,
mitgeteilt in Ärztl.Mitteilungen, 467 ff, 1953
56. Jungmichel, G.:
Haftpflicht und Arzt
Hefte z.Unfallheilkunde 42, 1951
57. Keil, A.:
Forensische Fragen in der Zahnerhaltungskunde
Dtsch.zahnärztl.Zschr-10, 1698-1701, 1955

58. Kirsch, Th.:
Die Begutachtung in der Zahn-,Mund-und
Kieferheilkunde.
Heidelberg, 1961
59. Kirsch, Th.:
Zur Haftpflicht des Zahnarztes
Dtsch.Zahnärztek. 122-135, 1967
60. Kleinewefers, H.:
Zur Aufklärungspflicht des Arztes
BYK-Gulden, Lomberg-Konstanz, 1964
61. Koch, A.A.:
Novocaintodesfälle in der Zahnheilkunde
Med.Diss.Münster, 1954
62. Koch, F.:
Das Berufsrecht der Zahnärzte
Schmidt Verlag Berlin-Bielefeld, 1955
63. Koch, R.:
Pflichten des Arztes, der sogenannte
Kunstfehler und Fahrlässigkeit
Dtsch.Stomat. 4, 229-233, 1954
64. König, Köstlin, H.:
Haftpflicht des Arztes
Leipzig 1937
65. König:
Haftpflichtrechtliche Fragen im
ärztlichen Gutachten
in Fischer-Molineus: Das ärztliche
Gutachten im Versicherungswesen, Bd.2, 177
Leipzig, 1939
66. König, F.F.:
Haftpflicht des Arztes
Barth Verlag Leipzig, 1937
67. Köstlin, H.:
Arzt-Haftpflicht
Hefte z.Unfallheilkunde 45, 89-101, 1953
68. Kohlhaas, M.:
Probleme der Arzthaftung
VersR., 721, 1955
69. Kohlhaas, M.:
Zurücklassen von Fremdkörpern in Operations-
gebiet in der Rechtsprechung des BGH
DMW 88, 1103-111, 1963

70. Kohlrausch-Lange:

Strafgesetzbuch 38
9.Auflage, 1965

71. Krey, G.:

Vor- und Nachteile der verschiedenen Narkotika
in der Zahnheilkunde. Unter besonderer Berücksichtigung von Zwischenfällen und Todesfällen während und nach der Narkose
Med.Diss., Düsseldorf, 1962

72. Kuhns, R.:

Das gesamte Recht der Heilberufe
Berlin, 1957

73. Lautenbach, E.:

Zwischenfälle und Komplikationen in der Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Die Med.Welt, 44, Sonderdruck, 1966

74. Liertz-Paffrath:

Handbuch des Arztrechts
Düsseldorf, 1939

75. Link, K.:

Haftpflichtfragen aus der Chirurgischen
Zahnheilkunde
Das ärztl.Gutachten im Versicherungswesen
Bd.I, 573, 1955

76. Link, K.:

Zur Begutachtung von Schädigungen des Kauorgans
München, 1956

77. v.Liszt, F., Schmidt, E.:

Lehrbuch des deutschen Strafrechts
26.Aufl., Bd.I., 1932

78. Lob, A.:

Handbuch der Unfallbegutachtung
Bd.I, Enke Verlag Stuttgart, 1961

79. Lossen, H.:

Überspitzte ärztliche Sorgfaltspflicht
Hippokrates 23, 197-254, 1955

80. Masztalerz, A.:

Przypadek odruchowej ślepoty stomatogennej
(Vorübergehende Erblindung nach Lokal-
anästhesie im Oberkiefer)
Czas.stomat., Warszawa 9, H.4, 203, 1956

81. Maunz, T., Düring, G.:
Grundgesetz
München und Berlin, Beck 1958
82. Meier, L.:
Handbuch der zahnärztlichen Rechtskunde
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle, 1921
83. Metzger, E.:
Über strafrechtliche Verantwortlichkeit für
ärztliche Kunstfehler
Dtsch.Zschr.ger.Med.42, 365-376, 1953
84. Miehle, M.:
Ärztliche Sorgfaltspflicht und Rechtspraxis
Zahnärztl.Mitteilungen, 113 ff, 1953
85. Morgen, E.F.:
Rechtsfragen der zahnärztlichen Praxis
Dtsch.Zahnärztekal., 163-179, 1948
86. Morgen, E.F.:
Zur Frage des Verschluckens einer Nervenadel
Dtsch.Zahnärztl.Zschr.14, 803, 1950
87. Morgen, E.F.:
Kunstfehler und Schadenersatz
Dtsch.Zahnärztekal., 143-159, 1951
88. Mueller, B.:
Ärztliches Strafrecht
in Mueller-Walcher: Gerichtliche und soziale
Medizin
München-Berlin, 1944
89. Mueller, B.:
Der ärztliche Kunstfehler und seine Folgen
Neue Med.Welt 35-38, 1950
90. Mueller, B.:
Gerichtliche Medizin
Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg,
1953
91. Mueller, B.:
Unterschiedliche Begutachtung ärztlicher Kunst-
fehler im Straf- und Zivilrecht
Hefte z.Unfallheilkunde 45, 81-88, 1953
92. Mueller, B.:
Zum Stande der Rechtssprechung bei fraglicher
Fahrlässigkeit im ärztlichen Beruf
Münch.Med.Wschr.22, 804-807, 1957

93. Müller-Hess:
Der ärztliche Kunstfehler
Dtsch.Zschr.gerichtl.Med.42, 349-364, 1953
94. Neuhaus:
Sicherung gegen Kanülenbruch
Schw.Monatsschr.f.Zahnheilkd., 1958
95. Neumann, R.:
Üble Zufälle in der ärztlichen Praxis
Berlin, 1935
96. Neumann, R.:
Üble Zufälle in der täglichen Praxis
Berlin, 1953
97. Oehl, I.:
Zur Aspiration zahnärztlicher Fremdkörper
in die unteren Luftwege
Med.Diss., Münster, 1955
98. Perret, W.:
Arzthaftpflicht
Urban u.Schwarzenberg Verlag München, 1956
99. Perret, W.:
Über die Ursachen der Zunahme von
Arzthaftpflichtfällen
Helvet.chir.acta 21, 231-233, 1954
100. Petersen, P.:
Entscheidungen für die Arzthaftung der
zuständigen Zivilsenate des BGH von 1951-1961
Dtsch.Richterzeitg., 194-199, 1962
101. Pilz, W.:
Rechtsfragen und forensische Probleme der
zahnärztlichen Praxis
Barth Verlag Leipzig, 1963
102. Ponsold, A.:
Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin
G.Thieme Verlag Stuttgart, 1957
103. Probst, J.:
Kausalitätsfragen an den Gutachter
Hefte z.Unfallheilkunde, 71, 102-109, 1961
104. Rebel, H.:
Einige kritische Bemerkungen zum Problem des
Kanülenbruchs
Dtsch.zahnärztl.Wschr.15, 363-366, 1933

105. v.Reckow, J.F.:
Forensische Fragen in der zahnärztlichen
Röntgenologie
Dtsch.zahnärztl.Zschr.10, 1736-1745, 1955
105. Redtenbacher, K.:
Über einen lebensbedrohenden Zustand nach
Prothesenunterfütterung im Munde
Quintessenz 15, 2515, 1964
107. Reichenbach, M.:
Grundlagen zur medizinischen Begutachtung bei
Haftpflichtansprüchen
in Lob, A., Handbuch der Unfallbegutachtung, Bd.I
Enke Verlag Stuttgart, 1961
108. Reichenbach, M.:
Das medizinische Gutachten bei Haftpflicht-
schäden
in Fischer-Herget-Morrowitz: Das ärztliche
Gutachten im Versicherungswesen,
Barth Verlag München, 1968, in Druck
109. Ritter, P.:
Rechte, Pflichten und Kunstfehler in der
Zahnheilkunde
Berlin, 1903
110. Ritter, P., Korn:
Deutsches Zahnärzte-Recht für Zahnärzte, Ärzte
Juristen
Berliner Verlagsanstalt, 1930
111. Ritter, R.:
Über die Pflicht zur Aufklärung des Patienten
Dtsch.Zahnärztekalk., 1-10, 1965
112. Rosenmeyer:
Über das Schmerzensgeld (v.Standpunkt d.Juristen)
Die Med.Welt , 1398-1460 , 1932
- 113: Roth, R.:
Tod nach Lokalanaesthesie
Dtsch.Zahnärztebl.14, 436, 1960
114. Rozhin, W.:
Kunstfehler in der Anaesthetie
Med.Diss., Heidelberg, 1957
115. Sevin, G.:
Zahnärztliche Kunstfehler bei der Anaesthetie
Med.Diss.Göttingen, 1950

116. Schleyer, F.:
Grundsätze der straf- und zivilrechtlichen
Haftung des Arztes
Neue Zschr.f.ärztl.Fortbildung 5, 1959
117. Schmalzl, M.:
Die Auslegung des § 847 BGB im Lichte der
neueren Rechtsprechung und Literatur
VersR.8, 489-492, 1957
118. Schmelcher, R.:
Rechtsfragen bei plastischen Gesichts-
operationen
Stuttgart, 1962
119. Schmidt, E.:
Der Arzt im Strafrecht
Weicher Verlag Leipzig, 1939
120. Schmidt, E.:
Der ärztliche Kunstfehler
Dtsch.Med.Wschr.72, 145, 199, 1947
121. Schmidt, E.:
Ärztliches Strafrecht
in Pönsold, A.: Lehrbuch der Gerichtl.Medizin
1 ff, Stuttgart, 1957
122. Schönke, A.:
Lehrbuch des Zivilprozeßrechts
C.F.Müller Verlag Karlsruhe, 7.Aufl. 1951
123. Schranz, D.:
Die Prothese in der Sicht des Gerichtsmediziners
Dtsch zahnärztl.Zschr.1, 69-75, 1967
124. Schröder, A.:
Eigenmächtige Heilbehandlung im geltenden
Strafrecht und im StGB-Entwurf 1960
NJW 1961, 951
125. Schulz, G.:
Der Arzt vor dem Richter
Hannover, 1961
126. Simpson, K.:
Modern Trends in Forensic Medicine
Dental Data in Crime Investigation
London, 1953
127. Spann, W.:
Ärztliche Rechts- und Standeskunde
Lehmann Verlag München, 1962

128. Staub, H.:
Der 50. Band der "Entscheidungen des Reichsgerichts in Civilsachen". Ein juristisches Jubiläum; Berlin 1902 in Festgabe dem 26. dtsh. Juristentage in Berlin 1902
129. Stenger, S.:
Rechtliche Erwägungen über Fälle aus der zahnärztlichen Praxis
Dtsch. zahnärztl. Wschr. 6, 127 ff, 1935
130. Strassmann, G.:
Lehrbuch der gerichtlichen Medizin
Stuttgart, 1931
131. Stritzinger, H.:
Todesfälle nach Lokalanaesthesie
Med. Diss., Berlin, 1965
132. Szekely, G.:
Während der zahnärztlichen Behandlung verschluckte und aspirierte Fremdkörper
Korr. Bl. f. Zahnärzte 1, 31-34, 3, 92-102, 1928
133. Thiersch, F.:
Beiträge zur ärztl. Rechtskunde
Teil III, Ärzte-Verlag, Giessen, 1950
134. Unterhinninghofen:
Sicherung der Nervnadeln
Zahnärztl. Mitteilungen, 414, 1936
135. Venter, R.:
Zahnärztliche Rechtskunde
Schmidt Verlag Berlin-Bielefeld-München, 1955
136. Volz, R.:
Kunstfehler in der Zahnheilkunde
Med. Diss., Heidelberg, 1936
137. Voß, R.:
Zwischenfälle bei prothetischen Maßnahmen
Dtsch. zahnärztl. Zschr. 22, 1562-1571, 1967
138. Walcher, K.:
Leitfaden der gerichtlichen Medizin
Urban u. Schwarzenberg Verlag, München-Berlin 1950
139. Walcher, K.:
Der Zahnarzt-Patient-Vertrag
Zahnärztl. Praxis V/15, 1954
140. Walcher, K.:
Zivilrechtliche Haftung des Zahnarztes
Zahnärztl. Praxis V/20, 1954

141. Wannermacher, E.:
Forensische Fragen in der Prothetik
Dtsch.zahnärztl.Zschr.10, 1702-1708, 1955
142. Weisser, G.:
Was ist Fahrlässigkeit?
Die Medizinische 616-619, 1955
143. Weizel:
Das deutsche Strafrecht
9.Aufl., 1965
144. v.Werz, R.:
Forensisches bei der Anwendung und Ver-
schreibung von Arzneimitteln
Dtsch.zahnärztl.Zschr.10, 1746-1750, 1955
145. Wiedemann, A.:
Die Haftpflicht in der zahnärztlichen Praxis
JurDiss.Berlin, 1930
146. Wittmann-Forsten, B.:
Üble Zwischenfälle in der konservierenden
Zahnheilkunde im Spiegel der Versicherungsent-
scheide und Gerichtsurteile
Med.Diss., München, 1955
147. Wolf, H.:
Gefahren und Zwischenfälle bei der
Lachgasnarkose
Zahnärztl.Rundschau 14, 420, 1954
148. Zinner, H.:
Prozesse gegen Zahnärzte
Österr.Zahnärzte-Zeitung 17, 57, 1966.

Herrn Privat-Dozenten Dr.med.Dr.med.dent.G.Frenkel
möchte ich meinen Dank für die Überlassung des
Themas aussprechen.

Herrn Professor Dr.med.W.Krauland danke ich für
seine wohlwollende Unterstützung und für seine
wertvollen Anregungen zur Ausarbeitung der vor-
liegenden Dissertation.

Lebenslauf

Am 23. August 1939 wurde ich, Elke R i c h a r d, als Tochter des Zahnarztes Dr. Werner Richard und seiner Ehefrau Lieselotte, geb. Johanning, in Bielefeld geboren.

Ich besuchte die Volksschule in Hoberge und das neusprachliche Cecilien-Gymnasium in Bielefeld, an dem ich am 3. März 1961 die Reifeprüfung bestand.

Im Sommer-Semester 1961 begann ich in Freiburg i. Br. das Zahnmedizin-Studium und legte dort im April 1964 die Zahnärztliche Vorprüfung ab. Die klinischen Semester absolvierte ich im Sommer 1964 an der Universität Hamburg und ab Winter-Semester 1964/65 an der Freien Universität Berlin, an der ich im Februar 1967 mit der Zahnärztlichen Prüfung mein Studium beendete.

